

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – prezenční forma



Bc. Michaela Namyslovová

Komplikace léčby v terapeutické komunitě u uživatelů metamfetaminu

v kontextu rizikových faktorů spojených s ADHD

Treatment complications in therapeutic community for methamphetamine users in
context of ADHD

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: prof. PhDr. Michal Miovský Ph.D.

Konzultant: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha

2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 28. 4. 2015

MICHAELA NAMYSLOVOVÁ

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé diplomové práce panu prof. PhDr. Michalu Miovskému, Ph.D. za odborné vedení, vstřícnost, podnětné připomínky a podporu při zpracování diplomové práce. Děkuji Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. za odvahu dodávající konzultace. Děkuji všem mým blízkým za podporu a důvěru.

Identifikační záznam:

NAMYSLOVOVÁ, Michaela. Komplikace léčby v terapeutické komunitě u uživatelů metamfetaminu v kontextu rizikových faktorů spojených s ADHD. [Treatment complications in therapeutic community for methamphetamine users in context of ADHD]. Praha, 2015. 90 s., 2 přílohy. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika / Ústav 1. LF UK 2015. Vedoucí závěrečné práce, prof. PhDr. Michal Miovský Ph.D.

Abstrakt:

Jedná se o substudii projektu zaměřeného na vliv ADHD na vybrané psychické funkce, životní dovednosti a kvalitu života u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách (Miovský et al., 2013), který si klade mimo jiné za cíl popsat negativní vlivy ADHD na proces léčby v terapeutické komunitě. Výskyt symptomů ADHD při léčbě závislosti na metamfetaminu představuje zásadní komplikace pro léčbu.

Cílem práce je popsat specifika podskupiny uživatelů metamfetaminu ve výzkumném souboru, jejich hodnocení léčebného procesu TK a specifika diagnózy ADHD u této skupiny, která tvoří až 70% všech klientů žádajících o léčbu (Mravčík, et al., 2014).

Použité metody pro získání dat jsou: dotazník, test, rozhovor, pozorování; elektronizace dat (program IBMS SPSS Statistic 20). Pro analýzu dat byla použita deskriptivní statistika (popisně a matematicko-analytické statistické zpracování). U dat kvalitativního charakteru byla použita metoda vytváření trsů, barvení textu a metoda prostého výčtu. Výzkumný soubor tvořilo 116 respondentů ve věku 16-46 let z toho 83 mužů a 32 žen. Všichni souhlasili s účastí ve studii a měli v anamnéze užívání metamfetaminu.

Uživatelky metamfetaminu začaly drogu užívat průměrně o dva roky dříve, než muži. U 15 mužů a 3 žen byla stanovena diagnóza na základě vyhodnocení diagnostického interview (DIVA 2.0). Na základě obecného ukazatele závažnosti výraznější psychopatologie byla identifikována u 9 žen (z toho 2 byly ženy s diagnostikovaným ADHD) a 42 mužů (z toho 5 s ADHD). Klientky s ADHD byly v léčbě problematičtější ve smyslu adaptace na léčebný program a dodržování pravidel, oproti tomu muži s ADHD byli častěji impulzivní až agresivní

Klíčová slova: léčba závislosti, terapeutická komunita, uživatelé metamfetaminu, ADHD, komplikace léčby

Abstract:

This is a sub-study project on the effect of ADHD on selected mental functioning, life skills and quality of life of clients recovering from addiction in therapeutic communities (Miovský et al., 2014), which aims, among other things, to describe the negative effects of ADHD on the treatment process in the therapeutic community. The incidence of ADHD symptoms in the treatment of methamphetamine dependence is a major complication of treatment.

The aim of this thesis is to describe methamphetamine sub-group specifics in the research sample, their assessment in the TC's treatment process and ADHD diagnosis specificity in this group, which constitutes up to 70 % of all treatment demand clients (Mravčík, et al., 2014).

The methods used for data acquisition are: questionnaire, test, interview, observation, computerization of data (IBM SPSS Statistics 20 was used). For data analysis was used descriptive statistics (descriptive and mathematical-statistical analytical processing). Qualitative data were analyzed by using method of clustering, text coloring and simple enumeration. The research sample consisted of 116 respondents (83 men and 32 women) aged 16-47 years. All agreed to participate in the study and had a history of methamphetamine use.

Methamphetamine female users started using the drug on average two years earlier than male. By 15 men and 3 women were diagnosed on the basis of an evaluation of the diagnostic interview (DIVA 2.0). On the basis of the general severity index of psychopathology were identified in 9 women (including 2 women were diagnosed with ADHD) and 42 men (5 ADHD male). Female clients with diagnosed ADHD were treating problematic in terms of adaptation to a treatment program and compliance, as opposed to the man with ADHD were more impulsive and aggressive behavior.

Key words: addiction treatment - therapeutic community for drug addicts - treatment complication - ADHD

EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 28. 4. 2014

Podpis autora závěrečné práce

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

Jméno	Ústav / pracoviště	Datum	Podpis

Obsah

Úvod	10
1. Teoretické základy a východiska	11
Právní vymezení terapeutické komunity.....	11
Definice TK.....	11
Principy TK.....	12
Pravidla	13
Účinné faktory	15
Pozitivní očekávání	15
Interpersonální vztahy.....	15
Účinné faktory terapeutické komunity	16
Adiktologická diagnostika.....	17
Indikace k léčbě	20
Profil klienta léčeného v TK dle indikačních kritérií APA.....	21
Psychiatrická komorbidita	23
Psychiatrická komorbidita v terapeutické komunitě pro závislé	24
Komplikace léčby v terapeutické komunitě	25
Uživatelé metamfetaminu – diagnostika, epidemiologie, specifika	27
ADHD	28
ADHD a metamfetamin v léčbě v TK	29
2. Metodika	31
Účel výzkumu	31
Výzkumné cíle.....	31
Výzkumné otázky.....	31
Metodologický rámec výzkumu	32
Výběr a popis výzkumného souboru	33
Metody sběru dat.....	35
Popis sběru dat – popis a administrace testové baterie	37
Zpracování a analýza dat	40
Vyhodnocení dat	40
Limity	42
Etika	43
3. Výsledky.....	45

Popis sociodemografických a širších sociálních a klinických souvislostí spojených s charakteristikami výzkumného souboru	45
Psychologické charakteristiky dle EuropASI	49
Adiktologická anamnéza – uživatelský profil.....	51
Psychosociální a uživatelský profil klienta.....	59
Psychopatologie	60
Zjištěná psychopatologie dle SCL-90	60
Redukce psychopatologie.....	61
Průběh léčebného procesu – hodnocení terapeutů.....	64
Hodnocení komplikací a způsobů chování klientů	64
Komplikace léčby klientů s diagnostikovaným ADHD popisované terapeutů	70
4. Diskuse a závěry	74
Limity studie	74
Naplnění cílů studie	76
Význam výsledků studie	80
5. Literatura	82
6. Přílohy.....	88

Seznam zkratk

ADHD Attention deficit hyperactivity disorder - porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou

A.N.O. Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním

DSM Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí

KBT Kognitivně behaviorální terapie

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

TK Terapeutická komunita

RVKPP Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

VTOS Výkon trestu odnětí svobody

VZ Výroční zpráva

Úvod

V jednom z předmětů posledního ročníku studia adiktologie bylo po studentech požadováno zdůvodnit, proč je téma seminární práce (e-cigarety) adiktologické – proč si myslíme, že patří do oboru adiktologie. Ačkoliv pro studenty bylo naprosto zřejmé, že téma do našeho oboru spadá, pedagog s jiným odborným zázemím vysvětlení nekompromisně požadoval. Tato zkušenost mne vedla k následnému zdůvodnění, proč je obsah této práce pro obor adiktologie relevantní.

Téma ADHD a užívání metamfetaminu (psychiatrických komorbidit, či duálních diagnóz dle jiných autorů a zneužívání návykových látek) by samo o sobě mohlo být považováno za téma spadající do kompetence psychiatra, anebo psychologa. Téma je pro obor adiktologie relevantní především proto, že zachycuje problematiku v léčbě závislostí (v rezidenční léčbě v terapeutických komunitách konkrétně). Psycholog má své místo v léčbě závislostí stejně jako adiktolog, či psychiatr. Právě spolupráce několika různých profesí při léčbě závislostí a v kontextu diagnózy ADHD je klíčová.

Jak již bylo zmíněno výše, diplomová práce se zaměřuje na téma duálních diagnóz (prevalence ADHD) u uživatelů metamfetaminu léčených v terapeutických komunitách pro drogově závislé. Uvedený výzkum je substudií projektu zaměřeného na vliv ADHD na vybrané psychické funkce, životní dovednosti a kvalitu života u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách (Miovský et al., 2014), který si klade mimo jiné za cíl popsat negativní vlivy ADHD na proces léčby v terapeutické komunitě.

1. Teoretické základy a východiska

Právní vymezení terapeutické komunity

Terapeutické komunity v ČR mají tři možné varianty ukotvení, které se vzájemně nevylučují ba naopak, potencují především finanční možnosti daného zařízení – mohou být certifikovány v rámci systému Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP), registrované jako sociální služba v registru Ministerstva práce a sociálních věcí anebo členy sekce Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním (dále jen A. N. O.) (Mravčík et al., 2014).

TK splňují standardy odborné způsobilosti (Rada vlády ČR, 2015). Tyto standardy pravidelně procházejí revizemi odborné pracovní skupiny. Dne 3. 3. 2015 RVKPP schválila inovované Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (op. cit.). Inovace spočívá nejen v reakci na legislativní změny v posledních letech (současně do názvu přidává podtitul - opomíjenou skupinu a to patologické hráče a služby pro klienty ve vězení). Dle RVKPP místní šetření dle nových Standardů začnou být realizována od září 2015 (Adameček et al., 2015).

TK podléhají zákonu č. 108/2006 o sociálních službách a vyhlášce č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení tohoto zákona. Pokud se jedná o léčbu v psychiatrické léčebně, či specializovaném oddělení pro léčbu závislostí (Apolinářského modelu), jsou to poskytovatelé zdravotních služeb a od dubna 2012 se řídí ustanovením nového zákona č. 372/2011 Sb., který požaduje interní hodnocení kvality poskytovaných služeb a externí dobrovolné hodnocení kvality.

Definice TK

Léčba drogových závislostí v České republice je poskytována v různých formách (např. ambulantní / rezidenční) a mnoha metodami (substituce, léčba k abstinenci, ke kontrolovanému užívání). Jednou z výše zmíněných je terapeutická komunita.

Terapeutickou komunitu je možné definovat mnoha způsoby. Mnozí autoři (e.g. Kratochvíl, 1979; De Leon, 2000; Kalina, 2008a) vnímají terapeutickou komunitu jako psychoterapeutickou metodu a jako systém organizace léčebného oddělení.

Terapeutickou komunitu jako zařízení popisuje Kalina (2008a). V této souvislosti Kalina používá pojem „léčba komunitního typu“. Jedná se o výraz, který zastřešuje klasickou

terapeutickou komunitu, psychiatrické oddělení nemocnice, psychoterapeutické středisko, nebo specializovanou část věznice. Jsou to zařízení fungující na principech terapeutické komunity.

Standardy odborné způsobilosti (Adameček et al., 2015) definují rezidenční péči v terapeutických komunitách jako střednědobou a dlouhodobou pobytovou odbornou péči (6-18 měsíců) vedoucí k úzdravě adiktologických poruch zprostředkováním podpory osobního rozvoje při dodržování abstinence. Glosář pojmů (Kalina, 2001) definuje TK: „*Strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčeni/rehabilitace. Terapeutická komunita (TK) nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé.*“ (s. 108). K této definici se přiklání i nová revize Standardů odborné způsobilosti (op. cit.).

Principy TK

Základní principy terapeutické komunity shrnul Kratochvíl (1979, pp. 16-18) v pěti bodech níže. Nedílnou součástí komunity jakožto organizace spatřoval Kratochvíl (op. cit.) v pravidelných schůzkách personálu s pacienty, kde bývá projednáváno současné dění v komunitě, vzájemné vztahy a komplikace.

- *Aktivní podíl pacientů na léčeni.* Pacienti jsou aktivnější v procesu léčby, je jim předávána vlastní zodpovědnost. Důraz je kladen na vybavení pacientů různými pravomocemi a funkcemi ve vztahu k chodu oddělení.
- *Vytvoření oboustranné komunikace na všech úrovních.* Tato zásada znamená, že pacienti s personálem mohou o všem mluvit, mohou jej kritizovat, atd.
- *Zvýšení rovnoprávnosti v rozhodování.* Jak už bylo nastíněno výše, jde o posun směrem ke spolurozhodování – komunita má značný vliv na rozhodnutí. Jde o všeobecnou shodu, členové vrcholu hierarchické pyramidy „... se stávají partnery a zkušenějšími členy komunity...“ (Kratochvíl, 1979, p.17)
- *Kolektivnost spočívá v podporování kontaktů, vztahů a interakce mezi všemi členy.* Komunita požaduje aktivní zapojení se do dění, interakci pacientů, podporuje konfrontaci.

Vyčleňování z kolektivu je hodnoceno negativně. Do popředí jsou vneseny zájmy skupiny.

- *Sociální učení je přímou zkušeností v sociálních vztazích.* Jde o učení na základě přímé konfrontace, ke které za těchto podmínek přirozeně dochází. Využívá se zpětné vazby, pacienti jsou vedeni k pochopení interpersonálních vztahů a vzniklých problémů. Základní premisou je, že TK je terapeutická po celý den, tzn. i mimo terapie za přítomnosti odborníka.

Základní principy, na nichž stojí terapeutická komunita jsou popisovány následovně (Adameček, Richterová-Těmínová & Kalina, 2003, s. 201)

- 1) *„Motivovanost klienta k vlastní změně je základním bodem úspěšné léčby a resocializace.*
- 2) *Podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě běžného života.*
- 3) *Schopnost přijímat odpovědnost je znakem zralé osobnosti, trénink odpovědnosti je tedy základním kamenem léčby resocializace.*
- 4) *Závislý člověk má právo rozhodovat o svém životě. Proto jeho vstup do komunity je dobrovolný, stejně tak i odchod z ní.*
- 5) *Terapie probíhá především ve skupině (společenství, komunitě), a to vzhledem k tomu, že pro člověka je přirozený život ve společnosti, kde jsou formovány základní vztahy.*
- 6) *Přechod z terapie do běžného života musí být postupný vzhledem k náročnosti situace.*
- 7) *Strukturovaný život v komunitě upevňuje, zakotvuje a umožňuje vytvářet vnitřní strukturu.*
- 8) *Terapeutický tým je pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život.*“

Je tedy zřejmé, že ústředním tématem léčby v terapeutické komunitě je osobnostní růst za doprovodu abstinence. Jinak by terapeutické komunity efektivně vytvářely dle některých odborníků v oboru (e.g. Kalina, 2008; Kratochvíl, 1979) „*smutné abstinenty*“.

Pravidla

V terapeutické komunitě platí mnoho pravidel. Jsou to psaná i nepsaná pravidla s různou mírou důležitosti. Pravidla, která mají klienti denně na paměti, ale i pravidla, která si často nemusí ani uvědomit za celou svou léčbu, přesto se podle nich vše řídí. Je důležité

neopomenout pravidla týkající se 1) moci a odpovědnosti (o některých tématech rozhoduje komunita, do jiné už její kompetence nespádají a konečné slovo má vždy personál, jaké pravomoci mají klienti v určitých pracovních pozicích...), 2) dále princip „*jednotlivec se podřizuje společenství*“ (Kalina, 2008, s. 97). Tzv. metapravidla, tedy pravidla, která mají souvislost „...*s existencí TK jako takové, její kontinuitou a přiměřenou evolucí*“, jak uvádí Kalina (2008, p. 91). Dále zmiňuje, že tato pravidla nejsou běžně „*explicitně definována*“, ale zajišťují udržení principů TK a její setrvání ve své podobě. Každá TK definuje kardinální pravidla trochu jinak, proto je možné narazit na různý počet pravidel, odlišné rozdělení apod. Hlavní myšlenky však zůstávají totožné: 1. abstinence, 2. volba mezi léčbou a nadstandardním vztahem, 3. regulace agrese, 4. žádná krádež, 5. respektování rozhodnutí komunity (Podané ruce, 2012).

Dalším souborem pravidel je „komunitní desatero“. Jsou to pravidla, která definují zapojení klientů do dění TK, do jednotlivých aktivit. Usměrnují také chování členů komunity. Jsou upravena tak, aby maximalizovala léčebný prospěch jednotlivce, i skupiny. Tato pravidla jsou tedy explicitně definována a umístěna na viditelném místě, kde se komunita schází často (může to být například v jídelně). Často se nemusí jednat o desatero, ale např. o sedmero. (Kalina, 2008a). Tato pravidla jsou především o *otevřenosti* členů komunity (jsou nabádáni k tomu, aby mluvili o sobě, o svém názoru, nebáli se zeptat, atd.), o *zapojení se do komunity* (klienti by se měli zapojit do kolektivu, neizolovat se, měli by vyhledávat kontakt i s lidmi, kteří jim nejsou sympatičtí). Dále se obvykle zaměřují na *vlastní nasazení klientů* (podávat stoprocentní výkon, jít do toho naplno...) a na *pomoc druhým a vzájemnou pomoc, převzetí vlastní a spoluodpovědnosti*, v neposlední řadě jsou klienti obeznámeni s povinným *zapojením se do programu* a potřebným „know-how“, aneb jak na to (op. cit.).

Dodržování bezpečí v terapeutické komunitě je bazální. Jde o bezpečí jednotlivce i skupiny. Nejdůležitější je pravidlo čisté komunity, udržení bezdrogového prostředí, tzn. zákaz užívání návykových látek a jakékoli manipulace s nimi během léčby. Porušení je obvykle přísně sankcionováno předčasným odchodem provinilce. Jedná se o drogy, vč. alkoholu a léčiv se závislostním potenciálem i volně prodejných (Kalina, 2008). Tabákové výrobky v TK jsou ponechány stranou tohoto pravidla oproti některým jiným zdravotnickým zařízením (Skála se svými pacienty v 60. letech zjistil, že při léčbě závislosti je vyšší úspěšnost u pacientů, kteří abstinují od všech drog, tzn. v případě Apolináře od alkoholu a pokud jsou to kuřáci, přestanou při léčbě také s kouřením a k tomu pravidelně běhají (Králiková a kol. 2013, s. 17-18). Také je zakázané fyzické násilí: „*Zákaz fyzické agrese vůči osobám i majetku*.“ (PL

Červený Dvůr). Znamená zákaz krádeží, úmyslného poškozování majetku, vydírání, sexuálního násilí apod. Porušení je trestáno odchodem z komunity z disciplinárních důvodů.

Účinné faktory

Účinné faktory stojí na straně klienta a na straně zařízení. Dále existují faktory související s procesem léčby. Faktory, které jsou považovány za účinné v léčbě komunitního typu pro drogově závislé, úzce souvisí fází léčby klienta a s délkou pobytu. Účinným faktorům je přisuzován význam na základě: 1) přehledu klinických zkušeností, 2) výzkumu, nebo 3) aplikace teoretických principů. Různé psychoterapeutické směry používají odlišné přístupy a metody, vycházejí ze stejného předpokladu o člověku a jeho problémech, o změně a jejím procesu. Na základě této myšlenky je možné formulovat společné faktory různých psychoterapeutických škol a směrů, které jsou používány v komunitách (Kalina, 2008).

Pozitivní očekávání

Pozitivní očekávání při změně chování má výrazný vliv na výsledek nejen léčby závislosti na nelegálních drogách, či gamblingu. Pokud klienti do TK přicházejí s pozitivním očekáváním (víru v instituci, terapeutu, výsledek léčby, atd.), je zřejmé, že výsledek bude lepší, ve srovnání s „nemotivovanými klienty“, kteří jsou v léčbě nedobrovolně. Takoví klienti si mohou dopředu předpovídat neúspěšnost jejich léčby, někteří terapeuti se o takových klientech zmiňují jako o tzv. „sebepredikujících se klientech“. Mohou to být i takoví klienti, kteří do léčby nastoupí, dodržují pravidla atd., ale už zpočátku léčby si predikují neúspěch. Kalina (2008) dává do souvislosti pozitivní očekávání s motivací ke změně.

Interpersonální vztahy

Jedná o terapeutický vztah mezi klientem a terapeutem a také o vztahy s rodinou. Účinné jsou interpersonální vztahy ve skupině. Důležité je i klientovo uvědomění si pozornosti ze strany ostatních členů skupiny a terapeuta. A také pocit sounáležitosti. Oproti individuální psychoterapii je terapeutova pozornost rozmístěna mezi všechny členy komunity. (Kalina, 2008) S tímto bodem souvisí i zvědomování neuvědomovaného chování a vůbec i procesu přemýšlení a myšlenek. Pochopení a přenesení těchto informací do verbální formy. Proces verbalizace napomáhá tak skupině – podporuje interpersonální vztahy (klienti vědí, co se v druhém děje) a jedinci – uvědoměním a formulací slov (hlubší poznání sebe sama a učení se měnit neprosperující chování a uvědomění si vlastních pozitivních hodnot). V těchto procesech hraje svou roli zpětná vazba.

Účinné faktory terapeutické komunity

Faktory jsou rozděleny do skupin na základě podobnosti, ačkoli jich mnoho mezi sebou souvisí. Terapeutický dopad všech aktivit na komunitu souvisí s konfrontací a zodpovědností. Klienti se starají o dům, o zvěř, vaří si, sekají dříví apod. K tomu spolu musí komunikovat, domluvit se, pracovat i se spolu - klienty, kterým by se raději vyhnuli. Klienti přebírají zodpovědnost za svou práci a její kvalitu a za své chování (Kooyman, 2005)

- *Bezpečné prostředí pro růst.* Komunita je brána jako náhradní rodina.
- *Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií.* Rozdělení pravomocí komunity mezi všechny členy, zároveň komunita nemůže vše – zde je hranice, o čem komunita už nemůže rozhodnout, v čem má právo veta terapeutický tým. Tímto opatřením se předchází tomu, že by komunita například odmítala terapii. Autonomie jednotlivce, na úkor skupiny, je omezena.
- *Terapeutický dopad všech aktivit na komunitu.* Je to jeden z principů terapeutických komunit – vše, co se v komunitě odehrává, je terapeutické, nic není samoúčelné.
- *Jednotná filosofie a terapeutická struktura.* Účinná je taková filosofie, která je snadno pochopitelná, vysvětlitelná. Menší množství snadno pochopitelných pravidel a jasná struktura komunity – to klientům umožňuje pocit bezpečí a ochrany.
- *Učení.* Dále je nezbytné vyvážit tlak směřovaný na klienty tak, aby se mohli učit a aby mohli chybovat. S učením souvisí proces, kdy s rostoucí úrovní klientova vývoje mění pozice s vyšší zodpovědností v komunitě.
- *Sociální učení prostřednictvím interakce a prostřednictvím krizí.* Klienti se učí tím, že jsou zapojováni do dění. Tím se nevyhnou krizovým situacím, které musí řešit. Zvládnutím krize dozrávají, aby mohli řešit další budoucí krize. Neustále dostávají informace o svém chování a postojích a zpětné vazby, díky kterým získává náhled na svoje chování. Učí se rozhodovat a nést zodpovědnost za svá rozhodnutí. Klienti se učí vystupovat v různých sociálních rolích – zpočátku léčby měli vzor a koncem léčby se naopak vzorem stávají.
- *Konfrontace.* Klient v počáteční fázi léčby je konfrontován se životem komunity, pravidly, ostatními klienty apod. Během léčby se učí otevřít se ostatním, mluvit o sobě, o pocitech. Tím směřuje k emoční konfrontaci s ostatními členy komunity. Zjišťuje, že tato

konfrontace není směřována proti jeho osobě, ale na jeho chování. Učí se přijímat kladné hodnocení svého chování.

- *Učení porozumět sobě samému/sobě samé a vyjádřit emoce.* Na skupinách se klienti učí vyjadřovat své emoce; překonávají strach, projevují hněv. Pozitivní emoce k procesu učení patří také.
- *Zvyšování sebehodnocení cestou vlastního přičinění.* S každým úspěšně zvládnutým úkolem roste klientovo sebehodnocení. Zpočátku může mít strach z neúspěchu, avšak díky podpoře ostatních úkol zvládne, překoná svůj strach. Podporou si klienti vzájemně potvrzují své hodnoty pro ostatní.
- *Zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot.* Klienti se učí být čestní, konfrontovat negativní chování a postoje. Časem si zvnitřní pozitivní žebříček hodnot, který v komunitě panuje.
- *Odpovědnost rezidentů za své chování.* Jak je zmíněno výše, klienti se učí rozhodovat se a být zodpovědní za následky svých rozhodnutí (nejsou to pasivní pacienti, je od nich vyžadována aktivita, část odpovědnosti leží na nich, atd.)
- *Pozitivní tlak vrstevníků.* Terapeuticky starší klienti jsou vzorem těm mladším. Učí je zvykům, pravidlům. Konfrontují mladší klienty s kritikou, ale sami také kritiku přijímají.
- *Změna negativních postojů k životu v pozitivní.* Léčba není procesem změny pouze ve smyslu abstinence, ale procesem změny životního stylu, sebepojetí, vztahů k druhým lidem. Je to proces komplexní. Klient se během léčby dostává do své skutečné identity, „pózy“ zahazuje.
- *Zlepšení vztahů s rodinou.* Klienti jsou během léčby podporováni znovu navazovat vztahy s původní rodinou, pokud byly poškozeny do takové míry, nebo prostě vztah obnovují. Rodiče (popř. sourozenci, partner) jezdí na rodičovské skupiny, klienti v pozdějších fázích léčby na víkendy za rodinou.

Adiktologická diagnostika

Stav adiktologického klienta/pacienta je zhodnocován různými prostředky (například anamnestický rozhovor nebo screeningový dotazník). V případě použití screeningového dotazníku za účelem rychlého rozpoznání nebezpečné a škodlivé konzumace návykových látek, například alkoholu. Je možné použít např. AUDIT (Barbor, T.F., Higgins-Biddle, J.C.,

2000), screeningový dotazník pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu, popřípadě závislosti na alkoholu. Tento typ dotazníků je nutné podpořit diagnostikou adiktologickou.

Jako první pravděpodobně většina odborníků ověří při rozhovoru s klientem/pacientem kritéria závislosti/škodlivého užívání dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (dále jen MKN-10), která je u nás používána (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10, 2008). Jedná se o okruh diagnóz F.10 – F. 19

Pro stanovení diagnózy závislosti dle MKN-10 je nutné, aby byly přítomny alespoň 3 z následujících kritérií: „1) *Silná touha nebo pocit puzení užívat látek*, 2) *Potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky*, 3) *Tělesný odvykací stav je-li látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky*, 4) *Průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami*, 5) *Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání, nebo zotavení se z účinku látky*, 6) *Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků*“ (WHO, 2008, s. 193).

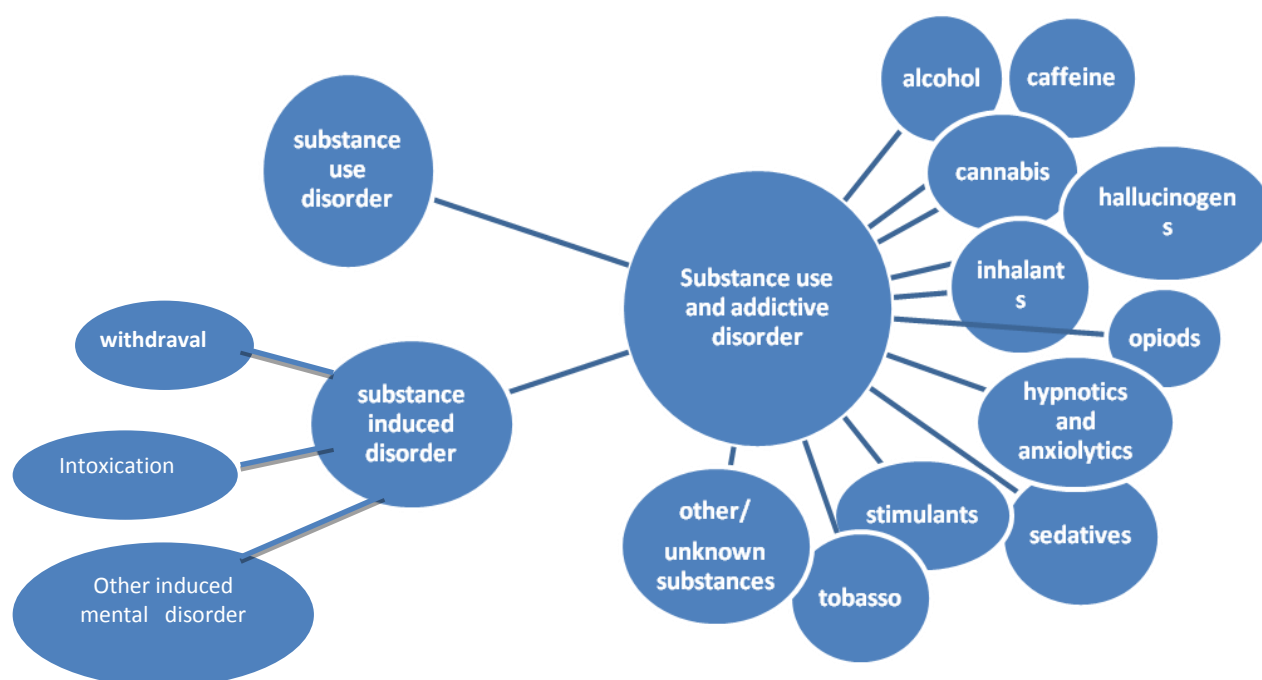
Zhodnocení stavu pacienta/klienta však samo o sobě není vodítkem k určení správného typu intervence/léčby. Nutná je vícerozměrná diagnostika – komplexní zhodnocení stavu klienta, ne pouze drogová anamnéza. Jak píše Kalina (2000) „...teprve vícerozměrné zhodnocení je východiskem pro indikaci vhodné léčby...“ (s. 6). Kalina (2011, studijní texty) popisuje víceosý systém diagnostiky MKN-10. Kdy se ve třech osách posuzují oblasti klientova života na škále 0-5. V první části je zhodnocení zdravotnických komplikací. V ose druhé je zhodnocena klientova péče o vlastní osobu (týkající se osobní hygieny a tělesného zdraví, stravovacích návyků, zařizování běžných povinností, soukromých záležitostí), okruh práce/studium (ochota a kvalita k práci, nebo studiu, motivace k udržení zaměstnání/studia, atp.), rodina a domácnost (zvládání svých rolí v rodině, činnost v domácnosti, atd.), další sociální fungování (vztah ke společnosti, způsob adaptace a jednání s lidmi mimo okruh rodiny, ...). V ose III odborník zhodnocuje ostatní související problémy a faktory, nakolik jsou závažné, jak dlouho přetrvávají, zda-li a jak moc ovlivňují současný stav).

Tabulka 1: Víceosý systém diagnostiky. (Upraveno dle Kaliny, 2011; MKN-10; Praško & Látalová, 2013)

Osa I – zdravotní komplikace	a) Duševní poruchy F. 00 – F. 99, v případě adiktologické péče F. 10-F.19 b) Somatické poruchy
Osa II - postižení	a) Péče o vlastní osobu b) Práce/studium c) Rodina a domácnost d) Fungování v širším sociálním kontextu
Osa III – související faktory	Problémy s negativními životními událostmi v dětství, s výchovou, vzděláním, rodinou (primární podpůrnou skupinou), sociálním prostředím, bydlením, nezaměstnaností, prostředím, právními okolnostmi, nemocemi, životním stylem.

V USA je běžně užíván Diagnostický a statistický manuál duševních poruch V. Edice (dále jen DSM), který se oproti MKN v některých kritériích zaměřuje více na sociální oblast života. V roce 2013 byla publikovaná nová, pátá revize DSM-V (e.g., Hasin, 2015; DSM–5; American Psychiatric Association, 2013), která uvádí i kódy diagnóz z MKN-10. DSM-V (op.cit.) definuje poruchy užívání návykových látek a závislostní poruchy „*Substance Related and Addictive Disorder*“ (viz obrázek č. 1), jež zahrnuje 10 oddělených tříd drog a je rozdělena do dvou etiologicky odlišných skupin: poruchy užívání návykových látek (*substance use disorder*) a poruchy indukované užíváním návykových látek (*substance-induced disorder*).

Obrázek 1: Dělení dle DSM-V. Zdroj: upraveno dle APA, 2013.



Indikace k léčbě

Indikace v medicíně je „*důvod pro použití určitého testu, medikace, výkonu*“ (Kábrt & Valach, 1979). Je to pojem ustálený. Stejně jako je potřeba správně medikovat předávkovaného klienta, je nutné vhodně zvolit typ adiktologické péče, aby došlo ke spárování klientových potřeb s nabízenou intervencí (viz matching, Kalina, 2008). Kalina (2008) ve své knize zmiňuje indikační kritéria dle Americké psychiatrické asociace (APA). Jedná se o komplexní zhodnocení šesti bodů – kritérií týkajících se klientova stavu (viz tabulka č. 2: Indikace k adiktologické léčbě).

Jak uvádí Kalina (2008) dle Mirtina et al. (1995), prvním bodem je *potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenční příznaky*. V tomto kritériu se zhodnocuje aktuální stav pacienta/klienta (přítomnost příznaků akutní intoxikace anebo abstinenčních příznaků z vysazení drogy), ale i rizika na základě údajů z minulosti klientovy drogové kariéry (předávkování, výrazné/nezvládnuté abstinenční příznaky). Zhodnocení *somatických komplikací (biomedicínského stavu)* je klíčové pro výběr léčby. Je nutné zvážit, zda somatické komplikace, nebo aktuálně probíhající nemoci samy o sobě potřebují léčbu, či zda klient může s těmito komplikacemi/nemocemi nastoupit např. do TK. Třetím kritériem jsou *emocionální a behaviorální stavy a komplikace* – jsou psychologické a psychiatrické komplikace závažné v takové míře, že vyžadují jiné léčení? Může se klient/pacient zapojit do programu?

V neposlední řadě je nutné posoudit stupeň motivace – jak moc klient potřebuje podpory a kontroly nebo jakého množství volnosti a samostatnosti je při léčbě schopen (*akceptování léčby nebo odpor k léčbě*). Ve vztahu k léčbě je nutné zhodnotit potřebu bezpečného a chráněného prostředí v léčbě, která velmi často vychází z rizika porušení abstinence (*potenciál pro relaps*). Posledním z těchto indikačních kritérií je zaměření se na sociální oblast – jak moc klienta jeho rodina, blízcí a prostředí, ve kterém žije, podporují směrem k léčbě (*vztah okolí k léčbě*)?

Tabulka 2: Indikace adiktologické péče

Kritéria ▼	Úrovně péče ►	Úroveň I Ambulantní léčba	Úroveň II Intenzivní ambulantní léčba	Úroveň III Intenzivní ústavní léčba pod lékařským dozorem	Úroveň IV Intenzivní ústavní léčba řízená lékařem
1. Potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenci příznaky		Nulový potenciál pro příznaky z odnětí drogy	Minimální potenciál pro příznaky z odnětí drogy	Velký potenciál, příznaky z odnětí drogy zvládnutelné v úrovni III	Velký potenciál, příznaky z odnětí drogy nezvládnutelné v úrovni III
2. Biomedicinské stavy nebo komplikace		Žádné nebo velmi stabilizované	Nenarušující léčbu, zvládnutelné v úrovni II	Nutné sledování lékařem, ale ne intenzivní léčení	Nutná péče lékařská a zdravotnická 24hod. denně
3. Emocionální a behaviorální stavy a komplikace		Žádné nebo velmi stabilizované	Mírné, potenciálně mohou narušovat léčbu	Středně těžké, vyžadující strukturované prostředí 24 hod. denně	Těžké problémy, péče psychiatra nutná 24hod. denně zároveň s léčbou závislosti
4. Akceptování nebo odpor k léčbě		Ochotný spolupracovat, ale potřebuje motivovat a sledovat	Odpor k léčbě vyžaduje strukturovaný program, ale není tak velký, aby se ambulantní léčba mýjela účinkem	Odpor k léčbě silný přes negativní následky, nutno intenzivně motivovat ve strukturovaném prostředí 24 hod. denně	Problémy s touto dimenzí zabraňují pacientovi léčit se v rámci úrovně III
5. Potenciál pro relaps		Schopen abstinovat a zachovávat cíle léčby za minimální podpory	Zvýšení příznaků závislosti a vysoká pravděpodobnost relapsu bez důsledného sledování a podpory	Neschopen kontrolovat užívání při v méně intenzivní péči, potřebuje řád 24 hod. denně	Problémy s touto dimenzí zabraňují pacientovi léčit se v rámci úrovně III, nutná přísná kontrola
6. Vztah okolí k léčbě		Okolí podporuje léčbu a/nebo pacient je schopen vše zvládat	Okolí nepodporuje léčbu, ale pacient je schopen ji zvládat se strukturou nebo podporou	Okolí je léčbě nebezpečné a je nutné od něj pacienta odtrhnout	Problémy s touto dimenzí zabraňují pacientovi léčit se v rámci úrovně III, nutná přísná kontrola

Zdroj: Kalina in Nováková a kol., 2000

Na základě těchto výše zmíněných kritérií lze odvodit profily klientů jednotlivých typů adiktologických zařízení. Z obrázku (obrázek č. 1: Indikace adiktologické péče) je zřejmé, že jiný profil klientů bude na úrovni I v ambulantní léčbě a jiný v úrovni IV, kde je nutná nepřetržitá lékařská a zdravotnická péče. Klient indikovaný pro léčbu v terapeutické komunitě spadá do úrovně III – intenzivní ústavní léčba pod lékařským dozorem.

Profil klienta léčeného v TK dle indikačních kritérií APA

Klient vhodný pro léčbu v TK má vysoké riziko pro akutní intoxikaci, zároveň příznaky z odnětí drogy by klient nezvládl sám, jsou v prostředí TK zvládnutelné. Jak bylo zmíněno výše, není nutná intenzivní péče lékaře, nicméně sledování je nutné (příkladem mohou být různé typy hepatitidy, se kterými se často klienti v TK setkávají). Pokud nastávají psychiatricko-psychologické komplikace, jak píše Kalina (2008a) nevyžadují hospitalizaci

v nemocnici, dostačující je léčba ambulantní. Z hlediska akceptování léčby klient vyžaduje výraznou podporu – motivace je nejednoznačná. Potenciál pro relaps je značný. To samé platí pro akutní intoxikaci, případně pro rozvoj abstinenčních příznaků. Klientovo okolí často obsahuje rizikové vrstevnické a partnerské vztahy, „drogové známé“ a nefunkční rodinu. Celkově je pro léčbu podmínkou opuštění klientova sociálního prostředí.

Z jiného úhlu na profil svého klienta nahlíží TK Krok. Popisuje všeobecný profil klienta: muži a ženy (min. 15 let – horní hranice nestanovena), průměrný věk je 23 let, nízký stupeň vzdělání, žádné pracovní zkušenosti, nedostatečné sociální a komunikační dovednosti, problémové vztahy v rodině Čamlíková (2011). Dle Mravčíka et al (2012) bylo v roce 2011 klientům v TK průměrně 27, 2 roku (n=402), z toho užívalo 87,3% osob před léčbou injekčně, 77,9% užívalo pervitin a 11,4% heroin. Mravčík (s. 76, 2012) dále tvrdí, že „*Ve srovnání s rokem 2010 se ve sledovaných komunitách zvýšil podíl uživatelů pervitinu a naopak snížil počet uživatelů heroinu.*“

Dle několika různých výzkumů v posledních letech jsou muži a ženy v TK zastoupeni v poměru 2:1 (e.g., Wilde, Broekaert & Rosseel, 2006; Kalina, 2008; Mravčík et al., 2011; Mravčík et al., 2012; Šefránek, 2012; Mravčík et al., 2013), tzn. zhruba 66% mužů a 33% žen (viz tabulka č. 3). Wilde, Broekaert & Rosseel (2006) porovnávali genderové rozdíly v profilech klientů léčených v TK devíti evropských zemí; jednalo se o 77% mužů a 23% žen (n=863). Kalina (2008a) shrnuje, že „*Podíl žen v klientele terapeutických komunit se pohybuje od jedné čtvrtiny (Galanter & Kleber, 1999) do jedné třetiny (NIDA, 2002).*“ (p. 183).

Tabulka 3: Podíl mužů a žen v TK dle různých autorů

Autoři → Ukazatel↓	Wilde, Broekaert, Rosseel (2006)	Mravčík et al. (2011)	Mravčík et al. (2012); Šefránek (2012)	Mravčík et al. (2014)	Šefránek (2014)
Muži	77%	61%	60%	66%	61,4%
Ženy	23%	39%	40%	33%	38,6%
Průměrný věk	Muži 30, Ženy 29,4	25,9	27,2	-	25,9

Dlouhodobě se v TK (e. g. Mravčík et al., 2013; Šefránek, 2014) objevuje metamfetamin jako nejčastěji užívaná nealkoholová droga. Rozdílné preference určité drogy se dle Wilde,

Broekaerta & Rosseella (2006) nevyskytují. Ženy bývají dle tohoto výzkumu častěji předávkované než muži. Jsou častějšími klientkami ambulantních substitučních programů. Podstatná část klientů TK splňuje kritéria duální diagnózy; kromě závislosti na návykových látkách se u nich vyskytují další psychické obtíže (De Leon & Wexler, 2009).

Profil klienta tedy obsahuje jak socio-demografické údaje, tak informace o zneužívaných drogách, počtu pokusů o léčbu, psychiatricko-psychologické anamnézy, zkrátka rozděluje klienty do skupin dle rozdílů ve vybraných charakteristikách.

Psychiatrická komorbidita

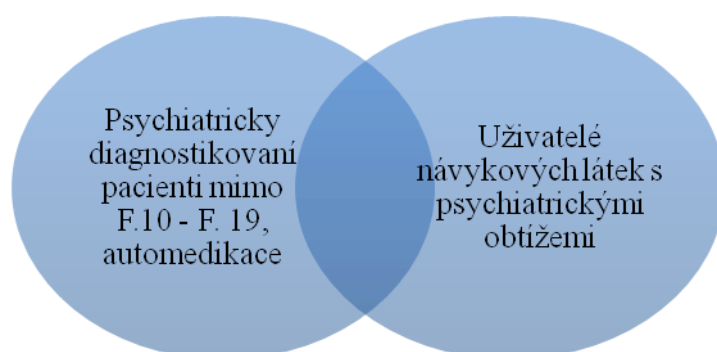
V kontextu dopadu užívání návykových látek na lidský organismus je možné mluvit o somatických a psychologicko-psychiatrických komplikacích., tedy o komorbiditách. Slovo komorbidita vychází z pojmu *morbidita*, jak definují Kábrt & Valach, (1979) „...*nemocnost, poměr počtu onemocnělých k počtu ohrožených*“ (p. 193). Tedy poměr počtu nemocných k počtu všech zdravých jedinců. Komorbiditu (multimorbiditu dle některých autorů) definuje lékařský slovník (op. cit.) jako „*současný výskyt více nemocí*“ (1979).

Někteří autoři (e.g., Kalina, 2008; Popov, 2001; Nešpor, 2003) nemluví o *psychiatrické komorbiditě*, ale užívají termín *duální diagnózy*. Jiní odborníci s termínem *duální diagnóza* ostře nesouhlasí. Světová zdravotnická organizace (World health organization, dále jen WHO, 1994) definovala ve svém slovníku pojem *duální diagnóza* jako obecný termín pro komorbiditu, nebo současný výskyt psychiatrické poruchy u jednoho jedince užívajícího psychoaktivní látky. Méně často byl dle WHO této termín užíván pro více psychiatrických poruch bez přítomnosti užívání psychoaktivních látek. Později WHO používá termín *psychiatrická komorbidita*, jak píší Miovská, Miovský a Kalina (2008) dle WHO „*psychiatrickou komorbiditou rozumíme výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince.*“ (p. 75). Pro účely této práce jsou relevantní oba dva pojmy, bez ohledu na možnou irelevanci užití jednoho z nich. Někteří zahraniční autoři (Sacks, S., McKendrick, K., Vazan, P., Sacks, J., & Cleland, C., 2011) mluví o *triálně diagnostikovaných klientech* (z anglického *triply diagnosed*) v kontextu HIV/AIDS pozitivitu klientů léčících současně duševní a závislostní poruchu.

Je známá polemika, zda u komorbiditních pacientů byla dříve psychiatrická porucha, či užívání drog. Jak uvádí Miovská, Miovský & Kalina (2008) z hlediska etiologie je možné rozlišovat dvě skupiny klientů (viz obrázek č. 2). Jednu skupinu tvoří ti, kteří mají (nebo

nemají diagnostikovanou) duševní poruchu (mimo poruch vyvolaných návykovými látkami, dle MKN-10 se jedná tedy o ostatní diagnózy, než jsou F.10 – F.19) a užívají návykové látky. Užívání návykových látek těmto klientům krátkodobě pomáhá od symptomů duševní poruchy. Druhou skupinu tvoří uživatelé návykových látek, u kterých užívání vedlo k jiné duševní poruše. Stále zůstává nejasné, zda byla dřív pomyslná „slepice, nebo vejce“. Je to tedy klientela léčená v adiktologických službách přijímajících klienty s duální diagnózou a psychiatrických pracovištích přijímajících klienty s užíváním návykových látek v anamnéze.

Obrázek 2: Vztah psychiatricky komorbiditních pacientů dle etiologie



Zdroj: úprava dle Miovská, Miovský, Kalina (2008).

Psychiatrická komorbidita v terapeutické komunitě pro závislé

Terapeutická komunita má určitou kapacitu pro klienty s psychiatrickou komorbiditou (Kalina, 2008a). Jedná se o širokou škálu poruch (poruchami příjmu potravy počínaje, depresemi, úzkostmi, či posttraumatickými stresovými poruchami konče). Tito klienti nejsou novou klientelou, jak vysvětluje Kalina (tamtéž), ale „...klientelou nově rozpoznávanou“. V minulosti byli jednoduše označeni za problémové klienty a do léčby se nedostali, případně další psychiatrická porucha unikala pozornosti a klienti mohli být označováni spolu s dalšími za klienty s komplikovaným průběhem léčby, za tzv. „problémové klienty“ (dříve z léčby časněji odcházeli a léčba nebyla tolik úspěšná). Toto jsou jen některé faktory ovlivňující léčbu ze strany zařízení. Některá zjištění autorek Meier a Borrowclough (2009) naznačují, že zahraniční specializovaná zařízení se více zaměřují na závislostní problémy, než na léčbu jiných duševních poruch. V některých případech proto nemusí být retence brána pozitivně. Klienti, kteří v zařízení zůstávají především kvůli duševní poruše, jež není adekvátně řešena, mohou na základě delšího kontaktu se zařízením zůstávat ve stejném stavu a tím může být brzděn jejich léčebných pokrok. V tomto kontextu je již možné mluvit o komplikacích léčby právě ze strany zařízení. Je zřejmé, že se jedná o komplexní problém, který v sobě zahrnuje jak nastavení systému léčebné péče, tak postoje jednotlivých pracovníků ve službách.

Meier & Borrowclough (op. cit.) ve svém review píší o jedné studii (King, et al. 1999), která neprokázala žádný vliv přítomnosti diagnózy ADHD na setrvání v léčbě (retenci v metadonovém substitučním programu). Dle této studie diagnóza ADHD (88% respondentů (z celkových 118) vykazovalo současné příznaky ADHD) nevypovídala o negativních prognostických důsledcích pro setrvání v léčbě. Nebyl žádný rozdíl rok po prvním výzkumu (v užívání nelegálních drog a v udržení a pokračování v léčbě), jak píše King et al. (1999).

Komplikace léčby v terapeutické komunitě

Stejně jako první terapeutické komunity, určené pro vojáky ve válce s post-traumatickou stresovou poruchou, jsou dnes v Čechách některé TK specializované na klientelu s psychiatrickou komorbiditou. Demokratické komunity v podstatě vznikly během 2. světové války na nemocničních psychiatrických odděleních ve Velké Británii. Tzv. Northfieldské experimenty se zaměřovaly na inovaci psychiatrie v léčbě vojáků trpícími neurózami. (in Broekaert, Vandavelde, Soye, Yates, & Slater, 2006). Nejen komplikace léčby, psychiatrická komorbidita nebo také duální diagnózy, doprovázejí léčbu v terapeutické komunitě pro drogově závislé od prvních komunit Jonese a Dedericha (Kalina, 2008a; Nešpor, 2003; Popov, 2001) a dodnes jsou tématem aktuálním.

Pod souhrnným názvem komplikace léčby se skrývá např. nedostatečné akceptování léčebného programu, nežádoucí chování v rámci komunitního kolektivu, či nedodržování pravidel. Léčba v terapeutické komunitě (dále jen TK) pro drogově závislé může probíhat „hladce“, bez komplikací. Takto můžeme ohodnotit léčbu motivovaného klienta, který přijímá program a pravidla, je akceptován skupinou, pracuje „na svých tématech“, celkově v komunitě „funguje“ a v léčbě prospívá. Po prvních dnech a týdnech v TK vnímá zlepšení svého stavu. Léčba klientovi pravděpodobně příliš neprospěje, pokud absolvuje léčbu v TK bez jakýchkoli konfliktů se spoluklienty, jak potom obstojí v navrácení se do života mimo bezpečné prostředí TK? Je zřejmé, že určitá míra „komplikací“ je žádoucí, nicméně by neměla narušovat prospěch a klientovo setrvání v léčbě. O podobném tématu polemizují Meier & Barrowclough (2009) ve svém review. V hypotetickém vzorku klientů s různou mírou závažnosti symptomů duální diagnózy jsou dle autorek ti, kteří v léčbě začnou mít pocit, že se jejich problémy začaly pomalu zlepšovat a následně právě proto zůstávají. A ti, kteří mají velmi závažné problémy a právě proto zůstávají. Právě ti s mírnými problémy mohou vidět neuspokojení po počátečním zlepšení a odchází.

Kořeny problémů, znesnadňující léčbu můžeme sledovat jak na straně klienta, tak na straně odborníků. Komplikace léčby v TK mohou nastat v nejrůznějších oblastech života v komunitě. Kalina se své knize záměrně limituje léčebné komplikace na tři širší témata (craving, relaps a drop-out), která jsou zastřešením celé škály problémů znesnadňujících léčbu (2008, s. 211 - 218).

Craving (česky: bažení, chutě) definuje Glosář pojmů jako silnou touhu po droze, pocit puzení drogu užít (Kalina, 2001, s. 211). Z výše zmíněného je zřejmé, že se jedná o psychosomatický jev – projevuje se v rovině fyziologické, neurobiologické, emoční a kognitivně-behaviorální (Kalina, 2013). Práci s cravingem se věnuje např. kognitivně-behaviorální terapie (KBT) na úrovni zvědomění/naučení se strategií zvládání cravingu. Jedná se o negativní (uvědomění si následků relapsu, nepříjemných zážitků) a pozitivní postupy (např. uvědomit si výhody abstinence, relaxace). Craving může být „předstupněm“ relapsu.

Relaps (v medicíně recidiva: opakování, návrat choroby (Kábrt & Valach, 1979), je opětovné objevení příznaků nemoci, která již byla v remisi – opětovný abúzus drogy). S termínem relaps pracoval v osmdesátých letech Alan Marlatt a spolupracovníci původně u alkoholiků. Modelu prevence relapsu není viděn 1) černobíle (Kuda (2003) rozlišuje abstinenci, laps (jednorázové „uklouznutí“) a relaps), 2) jako jeden okamžik, ale jako proces. Tento proces začíná daleko před samotným užitím drogy nerovnováhou životního stylu. V tomto kontextu se autoři zmiňují o „sérii zdánlivě bezvýznamných/nezávažných rozhodnutí“ (např. Kalina, 2008; Kuda, 2003) jako například setkání s „drogovým známým“. Za takovým setkáním může stát neuvědomovaná touha po droze, v tuto chvíli se jedná o vysoce rizikovou situaci. Jestliže člověk po léčbě nezvládá řešit své problémy, sklouzává k řešení situace užitím drogy. V případě, že dojde k užití drogy, nastává „syndrom porušení abstinence“. Exponovaný zažil určité období abstinence i pozitivní aspekty, od drogy má určité očekávání (že intoxikace bude jako dřív, když užíval). Dle Kaliny (2008) klienti jsou často „rozčarováni“, zklamáni, protože intoxikace nepřinesla kýžený zážitek. KBT model relapsu vidí tuto chvíli jako rozcestí se dvěma možnými cestami – k dalšímu užívání (z jednorázového lapsu se stane relaps), které může vést k původní úrovni užívání, nebo směrem k abstinenci a bere toto rozcestí jako příležitost.

Uživatelé metamfetaminu – diagnostika, epidemiologie, specifika

Nová DSM-V kombinuje kritéria staré verze (DSM-IV; přítomnost alespoň jednoho ze symptomů užívání metamfetaminu a alespoň tři symptomů závislosti vyskytujících se v posledních 12-ti měsících) a formuje tak poruchu užívání metamfetaminu (*methamphetamine use disorder*) přidáním specifikace závažnosti užívání. Kritéria specifikuje na maladaptivní chování; 1) pokračování napříč přetrvávajícím nebo opakujícím se sociálním, nebo interpersonálním problémem způsobeným, nebo zhoršeným účinky metamfetaminu, 2) růst tolerance, 3) odvykací stav (*withdrawal*), 4) přetrvávající chuť nebo neúspěšné snahy zastavit, omezit, nebo kontrolovat užívání pervitinu. (American Psychiatric Association, 2013). Dvě nejvýraznější změny jsou vynětí právních problémů a přidání drogového cravingu (bažení, viz Kalina, 2008) do seznamu symptomů (Courtney & Ray, 2014). Právě přidáním cravingu jako možného symptomu se DSM-V přiblížila konzistencí k MKN-10 (op. cit.).

Metamfetamin, silný stimulant centrálního nervového systému, stále představuje významný problém veřejného zdraví v globálním kontextu (Courtney & Ray, 2014). Dle EMCDDA (2013) celosvětovém měřítku „většina studií o nepříznivých zdravotních důsledcích spojených s užíváním amfetaminů pochází z Austrálie a Spojených států amerických, kde převládá kouření krystalické formy metamfetaminu...“ (p. 35). Tento fakt potvrzují i další autoři (i.e. Courtney & Ray, 2014; Ciketic, Hayatbakhsh, Doran, Najman & McKetin, 2012). Evropská zpráva o drogách (EMCDDA, 2013) uvádí, že užívání metamfetaminu je v Evropě historicky omezeno na Českou republiku a v poslední době i na Slovensko. V posledních letech (2006 až 2011) se v ČR a na Slovensku zvýšily počty prvožadatelů o léčbu identifikujících metamfetamin jako primární drogu (op. cit.). Dle Mravčíka et al. (2013) bylo v ČR dle středního odhadu přibližně 44,9 tis. problémových uživatelů drog (dle definice EMCDDA je „osoba užívající heroin a další opiáty, kokain, amfetamin, pervitin či injekční uživatel jakékoliv jiné drogy.“), z toho 34,2 tis. uživatelů pervitinu, což je významný nárůst jejich počtu. V roce 2013 bylo v ČR celkem 9 784 žadatelů o léčbu, z nichž bylo 6 860 uživatelů metamfetaminu. V terapeutických komunitách také dominovali klienti s metamfetaminem jakožto primární drogou (viz blíže metodologický rámec výzkumu).

Specifika uživatelů metamfetaminu v léčbě v TK nepopisuje velké množství českých autorů (e.g. Mravčík, 2010; Zábranský, 2007). Dle Mravčíka (2010) uživatelé metamfetaminu v léčbě a poskytovaných intervencích patří do nižší věkové kategorie (dle Zábranského (2007) populace uživatelů metamfetaminu v léčbě stárne), s větší pravděpodobností jsou svobodní a

bezdětní, mají lepší zdravotní a psycho-sociální status, méně je trápí fyzická závislost, páchají méně finanční kriminality a více násilné trestné činy. Chroničtí uživatelé pervitinu dle Mravčíka (op. cit.) vykazují větší nervozitu, impulzivitu a agresivitu a vyskytuje se u nich toxická psychóza. Jak zjistili ve svém review Courtney & Ray (2014), přítomnost kognitivních deficitů u uživatelů metamfetaminu a úroveň cravingu je spojena s neurální a behaviorální mírou sebekontroly. Tato zjištění naznačují silný neurální vztah mezi cravingem a klinicky relevantními behaviorálními znaky závislosti.

Téma specifík uživatelů metamfetaminu v léčbě v TK absentuje (zahraniční autoři popisují specifika uživatelů metamfetaminu v léčbě ve vězení; e.g. Rowan-Szal et al., 2009), případně píše především o ambulantních typech léčby, nebo se zaměřují na poskytované psychosociální intervence /medikaci (KBT, poradenství, incentivní terapie (*contingency management*), motivační rozhovory, prevence relapsu, atp.).

Dle autorů Ciketic, Hayatbakhsh, Doran, Najman, & McKetin (2012) bylo zjištěno, že efektivita léčby uživatelů metamfetaminu bez ohledu na typ zařízení se pohybuje mezi 30% a 40% (nejčastěji poskytované typy psychosociálních intervencí jsou KBT, poradenství a residenční léčba).

ADHD

Definice podle Průchy et al., (2003) „*ADHD je současné oficiální označení užívané evropskou (i českou) zdravotnickou klasifikací pro poruchy, projevující se zejména neklidem a sníženou pozorností, často spojené se specifickými poruchami učení.*“ Poprvé se o hyperkinetické poruše začalo mluvit ve 30. letech minulého století jako o syndromu poruchy mozku, do konce minulého století odborníci vystřídalí několik názvů (Denhofův termín Minimal Brain Damage/ Dysfunction, Třesohlavé Lehká mozková dysfunkce, nebo Kučerova Lehká dětská encefalopatie) a až koncem tisíciletí se ujal po úpravách termín Hyperkinetické poruchy (diagnóza F90.0), který za tečkou specifikuje, zda se jedná o poruchu aktivity a pozornosti, či o (F90.1) hyperkinetickou poruchu chování (Malá, 2005). Kalina (2014, ústní sdělení) s nadsázkou přidává, že ještě před LDE, LMD, nebo MMD se mluvilo o PZD (prostě zlobivých dětech). Od roku 1994 přetrvává v manuálu DSM-IV označení „attention deficit hyperactivity disorder (porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou) tzv. ADHD“ a v MKN-10 označení „hyperkinetické poruchy“ (Drtílková, Šerý et al., 2007). V obecné populaci

odhady naznačují 5-10% dětí, ze kterých dorůstá do dospělosti s ADHD zhruba 3-4%, častěji v dětství u chlapců (Malá, 2005).

ADHD a metamfetamin v léčbě v TK

Mnoho zahraničních studií zkoumá souvislost mezi užíváním metamfetaminu a ADHD. Výzkumy dokazují, že diagnóza ADHD je významným rizikovým faktorem pro budoucí užívání návykových látek a vývoj závislosti (i.g. Matsumoto, Kamijo, Yamaguchi, Iseki, & Hirayasu, 2005; Charach, Yeung, Climans, & Lillie, 2011) a je nadměrně zastoupena mezi uživateli návykových látek. Symptomy ADHD mohou zhruba u 40-45% pacientů přetrvávat do dospělosti (Paclt et al., 2007; Drtlíková, Šerý et al., 2007; Theiner, 2012), kdy dominuje porucha pozornosti.

Vztah mezi diagnózou ADHD a užíváním návykových látek je komplikovaný díky heterogenitě přítomných symptomů, variabilitě v diagnostických metodách a komorbiditou jiných psychiatrických poruch (Kaye, Darke & Torok, 2012).

Někteří autoři dřívější nástup užívání návykových látek u adolescentů s ADHD vysvětlují vstupní teorií (*Gateway theory*), která byla poprvé představena v 70. letech Kandelem (Dunne, Hearn, Rose & Latimer, 2014). Hlavní myšlenkou této teorie je zapojení adolescenta do užívání návykových látek (často se teorie vztahovala k marihuaně, alkoholu a cigaretám), které vede k progresi z legálních ke zneužívání nelegálních návykových látek. Tato teorie byla některými výzkumy překonána (viz Radimecký, 2006), ačkoli má stále své zastánce. Některé výzkumy prokazují, že adolescenti s ADHD začínají užívat návykové látky dříve (Dunne, Hearn, Rose, Latimer, 2014), větší závažností problémů (zvýšenou chronicitou zneužívání návykových látek, vyšší mírou závažnosti závislosti) ale kvůli jiné psychiatrické komorbiditě (Kaye, Darke & Torok, 2012). Jiné výzkumy diskutují téma sebemedikace stimulanty (především nikotin, kokain a metylfenidát) ke zvýšení pozornosti, naopak užívání alkoholu a marihuany bylo vypořádováno k potlačení hyperaktivity a impulzivitu (Dunne, Hearn, Rose & Latimer, 2014).

Klienti s diagnostikovaným ADHD, podobně, jako nemotivovaní klienti dnes „spadají“ do skupiny těch s komplikovaným průběhem léčby. Ačkoli se dnes více pracuje s motivací klientů a je kladen důraz na to, že „*odpovědnost za proces nese terapeut, odpovědnost za výsledek klient*“ (Kalina, 2015; ústní sdělení), ADHD klienti opouští léčbu častěji v porovnání s klienty bez ADHD (Rubášová, 2014). Jak bylo zmíněno výše, nespolupracující, nebo také

„problémoví“ klienti byli dříve označováni za „nemotivované“ a často byli nuceni léčbu předčasně ukončit. Porozumění uživatelům metamfetaminu v kontextu diagnózy ADHD může mít významný vliv na jejich úspěšné absolvování léčby v terapeutické komunitě.

2. Metodika

Autorka považuje za nutné uvést, že do metodického rámce studie spadá i rešerše odborné literatury. Rešerše byla provedena v několika různých specializovaných databázích a to ještě před stanovením klíčových výzkumných cílů a otázek. Byly využity především následující databáze; Web of knowledge/ Web of science, Science direct, EBSCO a Pubmed.

Účel výzkumu

Jedná se o substudii projektu zaměřeného na vliv ADHD na vybrané psychické funkce, životní dovednosti a kvalitu života u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách (Miovský et al., 2013, 2014), který si klade mimo jiné za cíl popsat negativní vlivy ADHD na proces léčby v terapeutické komunitě.

Účelem tohoto výzkumu je popsat specifika podskupiny uživatelů metamfetaminu ve výzkumném souboru, jejich hodnocení léčebného procesu TK, dále pak specifika diagnózy ADHD u této skupiny, která tvoří až 70% všech klientů žádajících o léčbu, jak píše Mravčík, et al. (2014).

Výzkumné cíle

1. Specifikovat psychosociální a uživatelské profily klientů, kteří mají v anamnéze metamfetamin jako svou primární drogu (vybrané charakteristiky – např. typologie skupin uživatelů).
2. Popsat výskyt a vývoj psychopatologie (v průběhu léčby) u podskupiny uživatelů metamfetaminu s diagnostikovaným ADHD v porovnání s uživateli bez ADHD.
3. Popsat vztah ADHD k průběhu a výsledku léčebného procesu v TK u podskupiny uživatelů metamfetaminu.

Výzkumné otázky

- 1) Existují nějaké další specifické kategorie (profily) v rámci podskupiny uživatelů methamfetaminu? V případě, že ano, jaké? Např. dle dalších drog v anamnéze, specifika jednotlivých skupin, atp.

- 2) Jaká je zjištěná míra psychopatologických projevů u uživatelů metamfetaminu v léčbě v TK

Liší se míra zjištěné psychopatologie ve vztahu k diagnóze ADHD?

Odlišuje se rychlost redukce psychopatologie u uživatelů s ADHD a uživatelů bez diagnózy ADHD? Jak se zobrazí v léčebném procesu?

- 3) Liší se míra komplikací v léčbě u skupiny s diagnostikovaným ADHD oproti těm bez ADHD?

Jaký má vztah diagnóza ADHD k průběhu léčby uživatelů metamfetaminu?

Má diagnóza ADHD vliv na výsledek léčebného procesu uživatelů metamfetaminu v TK?

Metodologický rámec výzkumu

Výzkum byl proveden prostřednictvím prospektivní klinické studie, do které byli zapojeni klienti v terapeutických komunitách specializovaných na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek (viz Miovský et.al, 2013, 2014). Výzkumný soubor byl rozdělen do dvou základních skupin: klienty s užíváním metamfetaminu v anamnéze s diagnostikovaným ADHD a druhou skupinou, klienty bez diagnostikovaného ADHD. Rozdělení proběhlo na základě vyhodnocení diagnostiky ADHD (viz níže).

Základním souborem výzkumu byly při první fázi výběru vzorku certifikované terapeutické komunity v ČR, potažmo v druhém stupni výběru pak všichni klienti, mající v anamnéze užívání metamfetaminu, léčení v terapeutických komunitách v ČR, které mají certifikát odborné způsobilosti v rámci systému RVKPP (viz níže). Celkem bylo v roce 2013 v ČR 17 zařízení, z nichž 11 bylo certifikováno k březnu 2015 (Mravčík et al., 2014), registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV zaznamenal 13 zařízení a v roce 2013 měla sekce terapeutických komunit A.N.O. 14 členských komunit (viz mapa terapeutických komunit v sekci TK A.N.O.). V roce 2013, kdy proběhlo oslovení terapeutických komunit, jich bylo certifikovaných 10 (Miovský et. al., 2013, 2014) a tvoří tak (resp. jejich klienti) základní soubor pro tuto studii.

V roce 2013 bylo v registru žádostí o léčbu celkem evidováno 9784 žadatelů, z nichž jako hlavní užívanou látku označilo 70 % (6860 klientů) pervitin. V terapeutických komunitách

také tvořili nejpočetnější skupinu uživatelé metamfetaminu (85 %). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2012 (Mravčík et al., 2013) uvádí, že bylo v terapeutických komunitách léčeno 401 klientů, z čehož bylo 303 uživatelů pervitinu. Jednalo se o klienty léčené v 8 terapeutických komunitách s certifikátem (viz tabulka č. 4).

Tabulka 4: Charakteristiky klientů léčených v TK v letech 2003-2012

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Počet TK	17	14	12	12	11	10	10	10	10	9
Počet klientů	510	546	491	451	472	427	349	408	402	401
- z toho injekčních uživatelů drog	428	429	400	375	347	326	343	350	341	342
- z toho uživatelů pervitinu	270	306	287	281	291	283	276	292	313	303
průměrný věk klientů	23,4	24,2	24,9	35,1	24,2	23,8	26,6	26,7	27,2	27,3

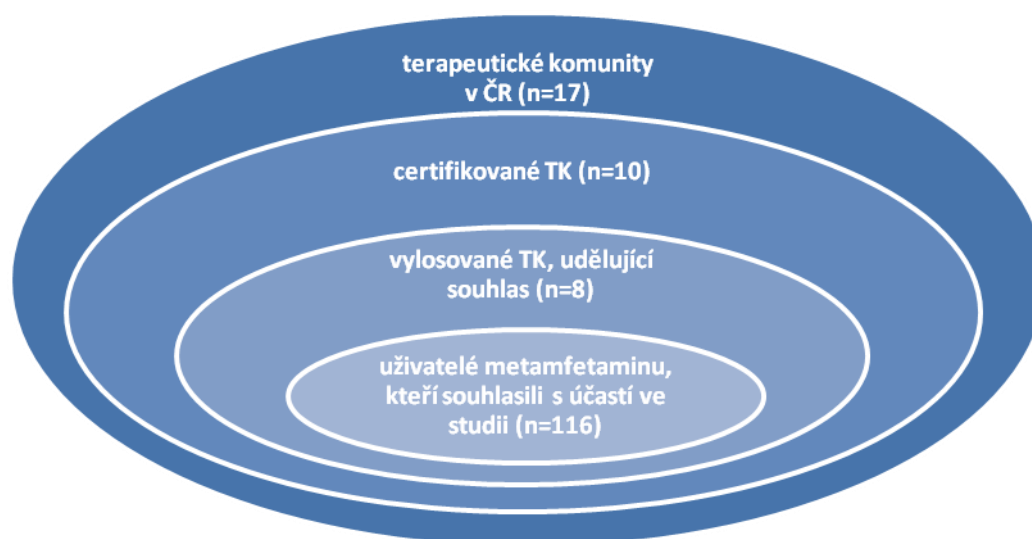
Zdroj: Mravčík et. al., 2013

Výběr a popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl sestaven na základě kombinace metod pravděpodobnostních a nepravděpodobnostních. V první řadě byla využita pravděpodobnostní metoda: prostý náhodný výběr. Dále pak kombinace výběru přes instituci (terapeutickou komunitu) a metoda totálního výběru (Miovský, et al., 2013).

Výběr výzkumného souboru znázorňuje obrázek č. 3. Použitím pravděpodobnostní metody výběru výzkumného vzorku měla každá terapeutická komunita s certifikátem stejnou pravděpodobnost výběru do vytvářeného vzorku (Loučková, 2010). Všechna zařízení byla předběžně v rámci projektu GAČR (Miovský et al., 2013, 2014) oslovena Klinikou adiktologie LF1 a VFN v Praze. Nejjednodušší variantou prostého výběru je např. losování z klobouku, v tomto případě byl výběr proveden počítačovým losem. Přestože realizátoři očekávali udělení souhlasu k účasti ve výzkumu minimálně od 1/3 zařízení, do výzkumu se zapojilo celkem 8 zařízení (op. cit.)

Obrázek 3: Výběr výzkumného souboru



Zdroj: Miovský et al., 2013, 2014.

Záměrný (účelový) výběr přes instituci definuje Miovský (s. 138, 2006) jako metodu, při které výzkumník využije na základě svého zájmu specifický typ služeb, nebo institucí, či činnosti určené pro danou výzkumnou skupinu. Z hlediska času a nákladů pro výzkumníka je tato metoda efektivní. Negativním aspektem použití této metody může být možné zkreslení dat (badatel, pokud oslovuje respondenty přes instituci, může přijít o cenné informace od těch, kteří s institucí v kontaktu nejsou). Vzhledem k tomu, že základním souborem této práce jsou uživatelé metamfetaminu léčení ve vylosovaných komunitách, je dle Miovského (2006) výběr výzkumného souboru přes instituci tou nejlepší volbou. Metoda totálního výběru už ve svém názvu definuje svou podstatu; a to že soubor základní se rovná souboru výzkumnému (Miovský, 2006).

Tabulka 5: základní charakteristiky výběrového souboru

TK	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	Celkem
Počet klientů celkem	9	8	5	12	35	15	9	23	116
- z toho mužů	7	6	5	12	26	12	5	11	84
- z toho s ADHD	3	0	2	3	2	4	0	1	15
- z toho žen	2	2	0	0	9	3	4	12	32
- z toho s ADHD	1	0	0	0	1	0	0	1	3
Věkový průměr	29,3	27,8	30,5	27,9	26,3	29,9	*	22,7	26,7

Věkové rozložení	23-35	20-38	28-33	20-34	18-41	19-46	*	16-35	16-46
2. vlna testování	6	0	0	0	17	4	0	13	40
- z toho s ADHD	0	0	0	0	5	1	0	3	9
3. vlna testování	0	0	0	0	6	2	0	5	13
- z toho s ADHD	0	0	0	0	1	1	0	1	3
4. vlna testování	0	0	0	0	3	1	0	0	4
- z toho s ADHD	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*chybějící data

Zdroj: Vlastní.

Jak popisuje tabulka číslo 5, výběrový vzorek tvořilo 116 klientů vybraných terapeutických komunit v České Republice, kteří nastoupili léčbu v období od 2. 2. 2014 do 5. 2 2015 (12 měsíců), měli v anamnéze užívání metamfetaminu a souhlasili s účastí ve výzkumu. Soubor byl zastoupen klienty ve věku 16-46 let, kteří v době výzkumu abstinovali a byla jim indikována rezidenční léčba pro duševní poruchy a poruchy chování způsobené stimulancií, konkrétně metamfetaminem. Průměrný věk se v jednotlivých TK lišil (viz tabulku č. 6): nejmladší klienti s užíváním metamfetaminu v anamnéze měla TK č. 8 a nejstarší respondenty pak měla TK č. 3 (klienti v TK č. 7 nevyplnili svůj věk).

Respondenti byli vybráni na základě položek z formuláře záznamu rozhovoru EuropASI (Která droga je Váš hlavní problém) a na základě Dotazníku pro Terapeuty (položka hodnocení klienta – hlavní užívaná droga).

Základní charakteristiky a vybrané sociodemografické údaje zobrazují tabulky č. 5 a 6. Jednalo se celkem o 83 mužů (71,6 %) a 32 žen (27,6 %), z nichž mělo diagnózu ADHD 15 mužů a 3 ženy). Druhé vlny testování (po 3-4 měsících po nástupu do programu) se zúčastnilo celkem 40 respondentů (z toho 26 mužů a 14 žen), třetí vlny pak 13 respondentů (7-9 měsíců po nástupu do léčby) jedná se o 9 mužů a 4 ženy, do čtvrté, poslední testovací vlny se dostali 4 klienti (3 z komunity č. 5 a 1 z komunity č. 6), byli to 3 muži a 1 žena.

Metody sběru dat

Sběr dat zabezpečili terapeuti jednotlivých TK. Data byla sebrána pomocí administrace speciálně navržené testové baterie – v podstatě strukturovaného rozhovoru (technicky vzato). Realizátoři projektu připravili testovou baterii (viz dále), která byla složena z dotazníků, testů

a škál, které vyplňoval klient a terapeut. Některé části baterie vyplňoval klient samostatně, jiné byly administrovány terapeutem. V druhém případě bylo použito i pozorování klientova aktuálního stavu.

Tabulka 6: Vybrané sociodemografické údaje výběrového souboru

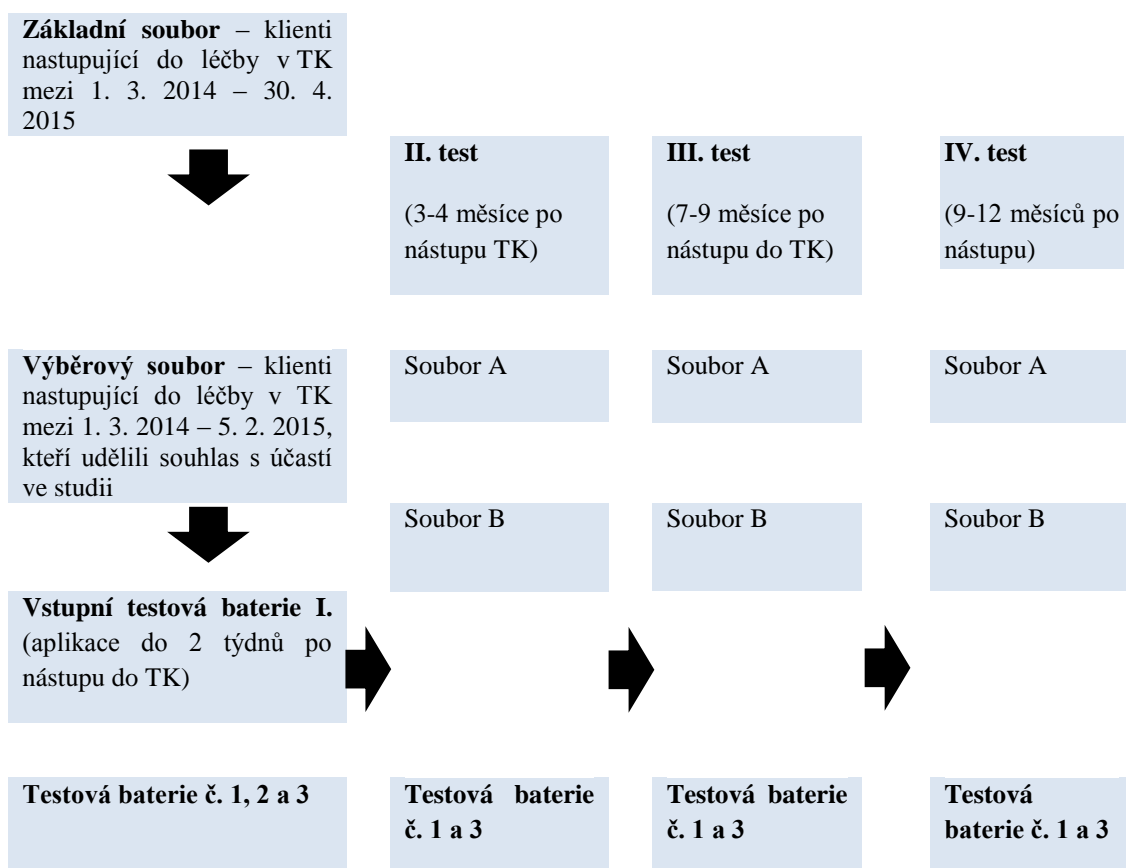
Sociodemografické údaje		Muži	Ženy	Celkem
Celkem respondentů		84	32	116
Průměrný věk		27,4	25	26,7
Průměrný počet let školního vzdělání		12,4	12,6	12,5
Nejvyšší dosažené vzdělání	základní	30	15	45
	střední bez maturity	34	8	42
	střední s maturitou	18	9	27
Současné bydliště	velké město	21	10	31
	středně velká obec	27	8	35
	malá obec	23	8	31
	poprvé ženatý, vdaná	2	1	3
Rodinný stav	rozveden/a	5	1	6
	nikdy nebyl/a ženat/vdaná	75	30	105
Hlavní zdroj obživy	zaměstnání	15	1	16
	dávky v nezaměstnanosti	20	8	28
	nemocenská/důchod	6	3	9
	partner, rodina, přátelé	17	10	27
	nezákonné zdroje	13	3	16
	prostitute	0	1	1
	jiné	10	6	16
Dluhy	Ano (z toho ½ nad 100.000 Kč)	67	17	84
	Ne	11	12	23

Zdroj: Vlastní.

Popis sběru dat – popis a administrace testové baterie

Testová baterie byla složena z vybraných nástrojů pro diagnostiku ADHD a nástrojů (testů, dotazníků a škál) k zachycení a kontrole výskytu dalších případných poruch a onemocnění (Miovský et al., 2014).

Obrázek 4: Popis testových baterií



Zdroj: Miovský, et. al., 2014.

Postup sběru dat popisuje obrázek č. 4. (Popis testových baterií). Sběr dat probíhal v terapeutických komunitách, některé dotazníky byly administrovány terapeuti, jiné naopak vyplňovali klienti samostatně. Ze základního souboru (certifikovaných TK a klientů nastupujících do léčby v období mezi 2. 2. 2014 a 5. 2. 2015) byl vytvořen soubor výběrový (klienti, kteří udělili souhlas s účastí ve výzkumu a měli v anamnéze metamfetamin jako primární drogu). Realizátoři rozdělili použité nástroje a metody do několika pracovních skupin, na základě jejich kombinace a pro přehlednost. Konkretizovaný popis testových baterií je zde uveden pro přehled, tato práce využívá pouze některé vybrané nástroje (viz níže).

Tabulka 7: Popis testových baterií pro jednotlivá kola testování

Testová baterie	Název nástroje
Testová baterie č. 1	DIVA
Testová baterie č. 2	Klinická anamnéza (klinický test (vlastnosti osobnosti) MMPI-2, inteligenční test Raven Progressive Matrices, dotazník EuropASI)
Testová baterie č. 3	dotazník kvality života WHO-QOL 100, dotazník SOC a PVS (Personal Views Survey), SCL-90, Change questionnaire, dotazník pro terapeutů CTQ – škála Connersové a check listy, které vycházely z podoby symptomů a sledovaly jejich dopad na projevy v chování a léčbě.

Zdroj: Miovský et al., 2014

S klienty byla do dvou týdnů po nástupu do terapeutické komunity administrována první – vstupní testová baterie č. 1. Jako hlavní, specifický test pro diagnostiku ADHD bylo vybráno diagnostické interview DIVA 2.0 (Kooij, Francken, 2010).

Testová baterie č. 2 byla administrována pouze jednou při vstupním testu, jelikož se jedná o anamnestickou část testování. Obsahovala anamnézu jak psychologickou, tak adiktologickou. Test MMPI – 2 (Butchter et al., 2012) je širokospektrální test, který slouží ke zjišťování důležitých vlastností osobnosti a psychických poruch, je i významnou screeningovou metodou pro vyhledávání patologických rysů. Dále byl administrován inteligenční test Raven Advanced Progressive Matrices a anamnestický dotazník EuropASI (McLellan et al., 1980).

Testová baterie č. 3 byla ve všech čtyřech testovacích vlnách. Obsahovala SCL-90 (Degoratis et al., 1973), dotazník kvality života (WHO-QOL 100), Antonovského dotazník SOC-29, Personal View survey (PVS) navržen Susanne Kobasovou (1985). Dále tato baterie dotazník hodnotící míru motivace ke změně (Change Questionare, Miller & Johnson, 2008) a zahrnovala posuzovací škálu klienta – upravený dotazník pro terapeutů CTQ – škála Connersové (česká verze Paclt et al., 2007).

Po výběru a finálním schválení testů či škál byly papírové verze namnoženy a rozděleny dle testovacích vln a nakódovány (každá sada testů tak měla specifický kód pro daného klienta). Tyto prázdné nakódované sady byly odeslány do komunit. Po vyplnění byly sady testů

přivezeny výzkumnými asistenty – důraz byl kladen na jistotu převezení dat (testové sady nebyly posílány poštou záměrně, aby nedošlo ke ztrátě dat).

Každý klient tak měl jeden až čtyři své specifické kódy na základě toho, jestli se jednalo o první, druhou, třetí, nebo čtvrtou testovací vlnu. Kód se skládal z pořadového čísla komunity, roku, čísla testovací vlny a čísla pro klienta náhodně určeného terapeutem při nástupu do TK.

Obrázek 5: Schéma kódu klienta



Zdroj: Vlastní.

Zpracování a analýza dat

Pro elektronizaci dat byl autorkou navržen manuál přepisu dat v programu MS Word (archiv autorky) a matice (dtto) v programu IBM SPSS Statistics 20 (IBM, 2012). Manuál přepisu dat a SPSS matice obsahovaly následující testy a dotazníky: DIVA, výpis z anamnestických údajů klienta (klinická anamnéza), EuropASI, dotazník kvality života WHO-QOL 100, dotazník SOC-29, PVS, SCL-90 a dotazník pro terapeuty CTQ – škálu Connersové.

Přepis provedla autorka a další výzkumná asistentka a ne více, aby výzkumníci minimalizovali chybovost přepisu. Data byla transkribována do elektronické podoby v programu SPSS a následně „očištěna“. V průběhu přepisu byla prováděna průběžná kontrola dat (převážně kontrola chybějících odpovědí) a průběžné vyhodnocení dat. Data byla analyzována v programu IBM SPSS Statistic 20, ze kterého byly exportovány tabulky a grafy pro další práci. Pro analýzu dat byla použita deskriptivní statistika (popisně a matematicko-analytické statistické zpracování). U dat kvalitativního charakteru dále byla použita metoda vytváření trsů, barvení textu a metoda prostého výčtu.

Vyhodnocení dat

Anamnestická data byla získána a posouzena dotazníky EuropASI a Výpisem z anamnestických údajů. Pokud v jednom z dotazníků chyběla některá klíčová položka (např. pohlaví, nebo věk), bylo možné ji dohledat v jiném z dotazníků. Všechny dotazníky autorka spolu s další výzkumnou asistentkou transkribovala do elektronické podoby.

Diagnóza ADHD (diagnostické interview DIVA)

Po transkripci do elektronické formy byla data zkontrolována (především byly zkontrolovány případné překlepy a následně byly opraveny, současně byla provedena analýza chybějících položek). Dotazníky DIVA 2,0 byly vyplněny v každé testové vlně, tj. čtyřikrát u respondentů, kteří v TK setrvali po dobu minimálně 9 měsíců. Dotazník byl vyhodnocen dle návodu v pokynech, které jsou součástí dokumentu. Na základě vyhodnocení tohoto diagnostického interview byla posouzena přítomnost diagnózy ADHD, která nebyla porovnána s jiným diagnostickým nástrojem. Současně je nutné podotknout, že všechna data byla sebrána několika výzkumnými asistenty, „testery“ (přibližně 10), což mohlo ovlivnit vyplnění i vyhodnocení dotazníku. Ačkoliv byli všichni testéři řádně proškoleni ústní i písemnou formou, jsou možné mírné odlišnosti vzniklé v průběhu vyplňování dotazníku.

Psychopatologie (dotazník SCL-90)

Psychopatologie a její redukce byla hodnocena na základě dotazníku SCL-90, který se používá v různých oblastech psychiatrie, nebo psychosomatiky (Baštecký, Šavlík a Šimek, 1993). Dotazník tvoří 90 položek, na které respondent odpovídá výběrem z pětibodové škály (odpovědi nabývají hodnot vůbec ne, trochu, středně, hodně a mimořádně mnoho). Vyhodnocením dotazníku je možné posoudit jak jednotlivé škály (somatizace, obsese-kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, anxiozita, hostilita, fobie, paranoidní myšlení, psychotizismus) a další skupinu tzv. nezařazených položek. Hodnota symptomové dimenze jednoho respondenta byla vypočítána dle popisu Bašteckého, Šavlíka a Šimka (1993). Mezní hranice výraznější psychopatologie určili Baštecký, Šavlík a Šimek (1993, s. 123) „...*na základě hodnoty dolní meze průměru souborů... pacientů s přihlédnutím k hodnotám u skupin zdravých osob.*“

Dotazník pro terapeuty upravený dle CTQ

Průběh léčebného procesu byl zmapován dotazníkem pro terapeuty, který vychází z Connersové škály CTQ (Conner's teachers scale) a ve své práci jej použila Rubášová (2014). Dotazník pro terapeuty zjišťuje jak data kvalitativního, tak kvantitativního charakteru.

Výsledky otázek, které bylo možné zodpovědět na pětibodové škále, byly často zprůměrovány, případně byla vyhodnocena četnost odpovědí. V části dotazníku hodnotící

změny v chování (viz otázka IV., dotazník pro terapeutů v příloze) byla škála zredukována na změny pozitivní, neutrální (beze změn) a změny negativní.

Hodnocení otázky V. bylo rozděleno dle jednotlivých oblastí (chování v rámci komunitního kolektivu, podílení se na činnostech komunitního společenství, postoj k autoritě, pozice ve skupině a dodržování pravidel). Každá z oblastí chování zahrnovala několik otázek. Pojem chování v rámci komunitního kolektivu zastřešoval 18 dílčích otázek, které byly hodnoceny 0-4 body (na stupnici: 0- vůbec, 1-trochu, 2-značně, 3-velmi značně). Za každou otázku mohl respondent dostat maximálně 3 body, tj. za tuto oblast bylo možné získat maximálně 54 bodů (=18x3+ viz tabulka níže). Body byly rozděleny do čtyř škál dle odpovědí (pokud respondent měl v oblasti chování v rámci komunitního kolektivu 0-13 bodů, výsledek byl označen jako 1=komplikace se nevyskytovaly vůbec, atp.)

Tabulka 8: Přehled bodového rozhraní pro vyhodnocení dotazníku pro terapeutů (část upravená dle CTQ)

Oblast/škála	Vůbec	Trochu	Značně	Velmi značně
Chování v rámci komunitního kolektivu	0-13	14-26	27-40	52-54
Podílení se na činnostech TK	0-3	4-7	8-11	12-15
Postoj k autoritě	0-9	10-18	19-27	28-36
Pozice ve skupině	0-5	6-10	11-15	16-21
Dodržování pravidel	0-18	19-36	37-54	55-72

Kvalitativně byly hodnoceny otázky na začátku dotazníku týkající se specifických problémů s klientem v oblasti chování, adaptace, akceptace programu a jejich změny. Dále byla hodnocena změna v rámci rodinných vztahů, výraznější změny od počátku léčby do současnosti a zásadní komplikace v léčbě.

Limity

Limity studie vycházejí z charakteru sběru dat – absence kontaktu „face to face“ s probandy, různým porozuměním dotazníků, případnou zdlouhavostí textu a nepozorností klientů. Dalším ze zjevných limitů je nízká motivace klientů zabývat se výzkumem, což může souviset s motivovaností zástupců komunit, kteří testy s klienty administrovali. Případně může výzkum limitovat strohost kvalitativních dat, ačkoliv respondent měl vždy možnost dalších připomínek. Dalšími limity studie může být vyšší míra drop-outu, než byla předpokládaná před započítáním výzkumu.

Data byla zpracována ještě v průběhu sběru dalších dat – malá část dat v této analýze pravděpodobně schází (byla sebrána po napsání této práce), ale pravděpodobně by neměla ovlivnit výsledky z důvodu malého množství.

Etika

Dodržení etických aspektů výzkumu ve zdravotních a sociálních službách bylo klíčové pro realizaci, zpracování dat a další práci s daty. V každé terapeutické komunitě byl určen minimálně jeden zaměstnanec, který nabízel nastupujícím klientům účast ve studii. Případná spolupráce/odmítnutí neměla žádný vliv na pokračování léčby. Všichni účastníci výzkumu byli seznámeni s účelem sběru informací, účelem jejich použití a způsobem ochrany osobních dat. S účastí ve výzkumu písemně souhlasili (informovaný souhlas). Současně byli klienti/respondenti poučeni o možnosti odmítnutí účasti i kdykoli během průběhu výzkumu. Někteří (n=3) tuto možnost využili a ze studie vystoupili.

Výzkum pracuje s osobními a intimními informacemi – data byla anonymizováno, bylo dbáno na nepoškození respondentů a neporušení jejich integrity. Je možné, že některá témata mohla být pro respondenty citlivá např. z důvodu špatných zkušeností.

Práce a nakládání s osobními údaji proběhly v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a jejich uchovávání v informačních systémech. Dále byla data identifikující klienty označena kódem (viz výše) kombinujícím rok, přiřazené číslo TK a číslo testové vlny. Data ke zpracování tak byla anonymní (výzkumná asistentka-autorka tak měla k dispozici data beze jmen klientů).

Autorka se nedostala do osobního kontaktu s klienty (což může být na straně jedné chápáno jako limit práce, na straně druhé kontakt terapeutů s klienty by měl být pro respondenty bezpečnější ve smyslu nepoškození klienta), proto autorka neplánovala krizovou intervenci, data byla sebrána pracovníky terapeutických komunit, kteří byli se specifiky dotazníků obeznámeni v písemné i ústní formě a případnou krizovou situaci dokázali obstarat, aby nedošlo k poškození klienta. V případě otevření tématu pro klienta zvláště významného měl respondent-klient možnost krizové/krátké intervence, případně téma „otevřít“ na individuální, či skupinové psychoterapii.

Složky s vyplněnými dotazníky a informovanými souhlasy jsou uloženy v zabezpečeném archivu, ke kterému mají přístup pouze vybraní zaměstnanci Kliniky adiktologie LF1 a VFN v Praze.

3. Výsledky

Analýza dat z dotazníků byla provedena v programech Microsoft Excel a SPSS Statistics 20.0. Celkový počet respondentů splňujících kritéria účasti ve výzkumu byl 116 osob dohromady z osmi certifikovaných terapeutických komunit v České republice. U všech klientů byly pozorovány společné sledované opakující se anamnestické vzorce: a) pohlaví a průměrný věk, b) nejvyšší dosažené vzdělání, c) průměrný počet let školního vzdělání, d) velikost současného města bydliště, e) hlavní zdroj příjmu/obživy, f) rodinný stav, g) přítomnost a výše dluhů. V kontextu adiktologické anamnézy se jednalo o další užívané drogy, věk první zkušenosti s návykovou látkou, dobu a převažující způsob aplikace metamfetaminu. Z hlediska diagnózy ADHD byli uživatelé metamfetaminu rozděleni do dvou skupin: a) s diagnostikovaným ADHD a b) bez diagnózy. V rámci diagnostiky byl zjišťován subtyp diagnózy (kombinovaný typ, typ převážně nepozorný a typ převážně hyperaktivní - impulzivní). Počty diagnostikovaných subtypů ADHD jsou zřetelné v tabulce č. 8 (Přehled diagnostického zhodnocení výzkumného souboru). Ze 116 respondentů bylo na začátku léčby v TK diagnostikováno 18 respondentů s ADHD, z toho 15 mužů a 3 ženy. Do třetího měsíce léčby, kdy probíhala druhá testovací vlna, v léčbě setrvalo 5 respondentů s diagnózou. V šestém měsíci léčby byl identifikován jeden muž s ADHD. Z této první analýzy je patrné, že respondenti s diagnostikovaným ADHD, dle dotazníku DIVA, v této studii setrvali kratší dobu v TK, oproti uživatelům metamfetaminu bez diagnózy.

Popis sociodemografických a širších sociálních a klinických souvislostí spojených s charakteristikami výzkumného souboru

Vybrané sociodemografické údaje subskupiny základního souboru uvádí tabulka č. 10 (Vybrané sociodemografické údaje ve vztahu k diagnóze ADHD). **Pohlaví a věk** vyplnila většina respondentů. Subskupinu tvořilo celkem 21 uživatelů metamfetaminu s diagnostikovaným ADHD na základě vyhodnocení dotazníku DIVA, z toho 15 mužů a 3 ženy ve věku 17 – 32 let. V podskupině s ADHD byly starší ženy (průměrně o 5,7 let) a méně početnou skupinou než muži. Celý výzkumný soubor (n=116) se pohyboval mezi 16ti a 46ti lety v době provedení rozhovoru (krátce po přijetí do léčby v TK), bylo to 84 mužů a 32 žen.

Tabulka 9: Přehled diagnostického zhodnocení výzkumného souboru a setrvání v léčbě (Zdroj: Vlastní)

VLNA			Pohlaví		Celkem
			Muž	Žena	
1	Diagnóza	314.01 kombinovaný typ	1	0	1
		314.00 Typ převážně nepozorný	9	3	12
		314.02 Typ převážně hyperaktivní-impulzivní	5	0	5
		ne	69	29	98
	Celkem		84	32	116
2	Diagnóza	314.01 kombinovaný typ	2	0	2
		314.00 Typ převážně nepozorný	2	1	3
		314.02 Typ převážně hyperaktivní-impulzivní	1	2	3
		ne	21	11	32
	Celkem		26	14	40
3	Diagnóza	314.01 kombinovaný typ	1	0	1
		ne	8	4	12
	Celkem		9	4	13
4	Diagnóza	ne	3	1	4
	Celkem		3	1	4
Celkem	Diagnóza	314.01 kombinovaný typ	4	0	4
		314.00 Typ převážně nepozorný	11	4	15
		314.02 Typ převážně hyperaktivní-impulzivní	6	2	8
		ne	101	45	146
	Celkem vyplněných testových baterií		122	51	173

Nejvyšší dosažené vzdělání bylo zjištěno u 114 respondentů, z toho u 17 s diagnózou ADHD. Jednalo se o 3 ženy a 14 mužů, kteří nejčastěji dokončili základní vzdělání (n=6). Vysokoškolské vzdělání nedokončil nikdo z respondentů výzkumného souboru. **Průměrný počet let školního vzdělání** se pohyboval okolo 12ti let (tzn. nejčastěji základní vzdělání + vyučení uvedlo 34 mužů ve výběrovém souboru, nejpočetnější skupinu tvořilo 12 žen, které dokončily základní vzdělání. Viz tabulka č. 9). V **nejvyšším dosaženém vzdělání** nebyly výrazné genderové rozdíly, ani nebylo výrazněji ovlivněno přítomností ADHD diagnostikované v TK (případně již dříve).

Velikost současného města bydliště uvedlo 97 klientů (z celkových 116), města byla rozdělena (dle formuláře EuropASI) dle počtu obyvatel (velké město >100.000 obyvatel, středně velká obec 10-100.000 obyv. a malá obec (venkov) <10.000 obyvatel). Odpovědi respondentů byly po třetinách rozděleny mezi velká, střední a malá města (n=31:35:31).

Tabulka 10: Vybrané sociodemografické údaje ve vztahu k diagnóze ADHD (Zdroj: Vlastní)

Sociodemografické údaje		Muži	Z toho ADHD	Ženy	Z toho ADHD	Celkem	Z toho ADHD
Celkem respondentů		84	15	32	3	116	21
Průměrný věk		27,4	24,8	25	30,5	26,7	25,5
Průměrný počet let školního vzdělání		12,4	12,2	12,6	12	12,5	12,2
Nejvyšší dosažené vzdělání	základní	30	6	15	2	45	8
	střední bez maturity	34	4	8	1	42	5
	střední s maturitou	18	4	9	0	27	4
Současné bydliště*	velké město	21	4	10	1	31	5
	středně velká obec	27	5	8	2	35	7
	malá obec	23	5	8	0	31	5
Rodinný stav	poprvé ženatý, vdaná	2	0	1	0	3	0
	rozveden/a	5	1	1	0	6	1
	nikdy nebyl/a ženat/vdaná	75	14	30	3	105	17
Hlavní zdroj obživy	zaměstnání	15	1	1	0	16	1
	dávky v nezaměstnanosti	20	2	8	1	28	3
	nemocenská/důchod	6	2	3	1	9	3
	partner, rodina, přátelé	17	3	10	1	27	4
	nezákonné zdroje	13	3	3	0	16	3
	prostituce	0	0	1	0	1	0
	jiné	10	1	6	0	16	1
Dluhy	Ano (mezi 25.000 Kč a 12.000 000 Kč)	67	11	17	2	84	13
	Ne	11	3	12	1	23	4

*Pozn. velké město >100.000 obyvatel, středně velká obec 10-100.000 obyv. a malá obec (venkov) <10.000 obyvatel.

Nejčastější **rodinný stav** uvedli nikdy nesezdaní respondenti (n=105), pouze 6 respondentů bylo rozvedeno, z toho ani jeden s diagnózou ADHD. Nemocenskou anebo důchod pobíralo 9 klientů. Nezákonné zdroje uvedlo 13 mužů a 3 ženy. Stejný počet (n=16) zvolil odpověď jiný zdroj obživy. Hlavním zdrojem obživy/příjmu v posledních 30ti dnech nejčastěji byly dávky v nezaměstnanosti (n=28, z toho 8 žen), peníze pro svou osobní potřebu od partnera (ky), rodiny či přátel dostávalo 27 respondentů, z toho 17 mužů. Pouze jedna žena uvedla jako **hlavní zdroj obživy** prostituci. **Zadlužení** uvedlo 84 klientů (67 mužů a 17 žen) v rozmezí od

1.500 Kč do 12.000.000 Kč, nejčastěji respondenti dlužili 5.000 Kč). Z toho se jednalo o 13 respondentů diagnostikovaných ADHD. Polovina respondentů má dluhy do 100. 000 Kč a nad 100. 000 Kč (včetně) dluží druhá polovina.

Ani jeden z respondentů nebyl v době rozhovorů přijímán k ochranné léčbě dle rozhodnutí soudu, ale několika klientům v současné době běžela podmínka v podmíněčném odsouzení

(n=24), jednalo se o 21 mužů a 3 ženy, z čehož měli 4 muži a jedna žena diagnostikované ADHD.

Tabulka 11: Četnost vybraných trestných činů (upraveno dle EuropASI) Zdroj: Vlastní.

Četnost žalob vybraných trestných činů u soudu		Pohlaví			
		muž	Z toho ADHD	žena	Z toho ADHD
Kolikrát v životě jste byl(a) u soudu obžalován pro prodej drog?	Nikdy	59	12	30	2
	Jednou	12	1	2	1
	Alespoň 2krát	4	1	0	0
Kolikrát v životě jste byl(a) u soudu obžalován pro krádež?	Nikdy	38	7	30	3
	Jednou	25	3	1	0
	Alespoň 2krát	14	4	1	0
Kolikrát v životě jste byl(a) u soudu obžalován pro násilný čin (vloupání, ublížení na zdraví, zabití, znásilnění)?	Nikdy	55	11	29	3
	Jednou	11	1	3	0
	Alespoň 2krát	10	2	0	0
Kolikrát v životě jste byl(a) u soudu pro jiný trestný čin?	Nikdy	44	9	29	3
	Jednou	22	2	2	0
	Alespoň 2krát	9	3	1	0
Kolik z těchto žalob vedlo k odsouzení?	Ani jedna	36	9	23	2
	Jedna	18	4	6	1
	Dvě a více	23	0	1	2
Kolikrát v životě jste byl u soudu obžalován řízení pod vlivem alkoholu či drog?	Nikdy	57	10	31	3
	Jednou	11	2	0	0
	Alespoň 2krát	10	2	1	0
Kolikrát v životě jste byl u soudu obžalován vážný dopravní přešůpek?	Nikdy	64	11	31	3
	Jednou	6	1	1	0
	Alespoň 2krát	5	1	0	0

Četnost žalob za vybrané trestné činy je patrná v tabulce č. 11. Nejčastěji respondenti uváděli, že daný čin nespáchali ani jednou v životě. Dohromady 18 respondentů uvedlo, že bylo obžalováno u soudu z důvodu prodeje drog alespoň jednou v životě. Oproti tomu 89 klientů nebylo ani jednou soudně stíháno pro prodej drog.

U všech ostatních vybraných trestných činů tvoří největší skupinu ti respondenti, kteří nebyli ani jednou v životě obžalováni u soudu. Nejčastěji (12krát) byli obžalováni u soudu dva respondenti pro krádež a tři respondenti byli z dvanácti žalob

odsouzeni. Dohromady 22 klientů uvedlo, že byli alespoň jednou v životě obžalováni u soudu za trestný čin řízení pod vlivem alkoholu či drog. Jednalo se o 21 mužů (z toho 4 s diagnózou ADHD) a jednu ženu bez ADHD.

Celkem 13 respondentů bylo průměrně 13,4 měsíce během života ve vězení či ve vazbě (viz tabulka č. 12). Nejčastěji (n=3) klienti uvedli, že byli ve vazbě či ve vězení 1 měsíc (jednalo se o dva muže a jednu ženu), nejdelší uvedená délka posledního odnětí svobody byla 42 měsíců (3,5 roku). Těchto 13 klientů bylo naposledy ve vazbě/ve vězení průměrně 10 měsíců (nejčastěji uvedli 3, 10 a 18 měsíců). Ženy uvedly nižší počet měsíců strávených ve vazbě/ve vězení ve srovnání s muži.

Tabulka 12: Četnost a délka pobytu ve vězení/ve vazbě (v měsících). Zdroj: Vlastní.

Pohlaví	Muž 1	Muž 2	Muž 3	Muž 4	Muž 5	Muž 6	Muž 7	žena 8	žena 9	muž 10	muž 11	žena 12	žena 13
Měsíce ve vazbě celoživotně	156	96	82	28	24	23	11	11	10	4	1	1	1
Počet měsíců v poslední vazbě	42	18	18	12	11	10	10	6	4	3	3	1	0,1

Psychologické charakteristiky dle EuropASI

Psychologické charakteristiky porovnává tabulka č. 13, ze které jsou patrné rozdíly mezi výskytem vybraných psychických obtíží u mužů a žen v kontextu celoživotní zkušenosti a zážitků z posledního měsíce před vyplněním dotazníku. Tabulka zhodnocuje přítomnost takového období v životě klienta/posledním měsíci, které nebylo následkem alkoholu či drog. Za celý život měli respondenti nejčastěji (n=46) stavy, při nichž těžko chápali, nesoustředili se, nepamatovali si a měli myšlenky na sebevraždu, druhá nejčastěji uváděná (n=41) byla vážná deprese a třetí uvedené (n=40) byly těžké stavy úzkosti. 31 respondentů zažilo alespoň jednou v životě sebevražedný pokus, mužů bylo jednou tolik, co žen. Za poslední měsíc se jednalo nejčastěji o těžké stavy úzkosti (n=36).

V dotazníku následující otázce přímo tážající se na počet pokusů o sebevraždu odpovídá kladně 24 mužů a 11 žen, modus je jeden suicidální pokus (n=13), maximum je 10 sebevražedných pokusů u jednoho respondenta.

Z hlediska adiktologické anamnézy byly sledovány následující položky: a) věk a druh prvního užití návykové látky, b) věk prvního užití metamfetaminu, c) doba (počet let) a převažující způsob aplikace metamfetaminu, d) kombinace s ostatními návykovými látkami.

Tabulka 13: Přehled vybraných psychických obtíží (EuropASI) Zdroj: Vlastní.

		Celý život			Posledních 30 dnů		
		pohlaví			pohlaví		
		muž	žena	Celkem	muž	žena	Celkem
Vážnou depresi	ano	27	14	41	15	9	24
	ne	54	17	71	64	21	85
Celkem		81	31	112	79	30	109
Těžké stavy úzkosti	ano	26	14	40	22	14	36
	ne	54	17	71	57	16	73
Celkem		80	31	111	79	30	109
Stavy, při nichž jste těžko něco chápal, nesoustředil se, nepamatoval si	ano	33	13	46	25	6	31
	ne	47	18	65	54	24	78
Celkem		80	31	111	79	30	109
Halucinace (hlasy)	ano	13	8	21	6	8	14
	ne	67	23	90	73	22	95
Celkem		80	31	111	79	30	109
Neschopnost se ovládat?	ano	25	11	36	17	5	22
	ne	55	20	75	62	25	87
Celkem		80	31	111	79	30	109
Předepsané psychiatrické léky	ano	25	9	34	12	10	22
	ne	55	22	77	66	20	86
Celkem		80	31	111	79	30	108
Myšlenky na sebevraždu	ano	33	13	46	14	4	18
	ne	46	18	64	65	26	91
Celkem		79	31	110	79	30	109
Sebevražedný pokus	ano	21	10	31	4	1	5
	ne	58	21	79	75	29	104
Celkem		79	31	110	79	30	109

Tabulka č. 15 Přehled prvních tří užívaných látek u uživatelů metamfetaminu vychází z Výpisu anamnestických údajů klienta. **Průměrný věk prvního užití návykové látky** byl 13,7 let. Respondenti uváděli jako svou **první drogu tabák, alkohol, kokain, stimulancia, marihuanu a halucinogeny** (heroin, jiné opiáty a jiné drogy jako např. MDMA, nebo extáze se nevyskytují mezi výčtem prvně užitých drog). Nejčastěji se jednalo o tabák (63 respondentů, z toho 46 mužů a 19 žen, tedy téměř 50% uživatelů metamfetaminu uvedlo, že jako první vyzkoušelo tabák), 3 respondenti neuvedli tuto informaci. Nejčastěji byl tabák první užitou drogou v 15 letech (u 14 respondentů), průměrný věk užití tabáku byl 13 let. Drogou poprvé užitou v pořadí na druhém místě (viz Droga 1 v tabulce č. 15) byl alkohol, uvedlo tak 20% dotazovaných uživatelů metamfetaminu (24 respondentů, z toho 18 mužů a 6 žen). Dále respondenti uváděli jako první užitou drogu marihuanu (n=11, z toho 8 mužů a 3 ženy) a stimulancia (pervitin) uvedlo 7 mužů a 3 ženy. Pervitin a marihuanu nejčastěji respondenti užili poprvé ve 14 a 15 letech (u metamfetaminu se nejčastěji vyskytoval věk 14, 15 a 17 let a to vždy u dvou respondentů). Kokain jako první drogu vyzkoušel jeden respondent (muž) ve svých 25 letech.

Tabulka 14: Počet a četnost suicidálních pokusů. Zdroj: Vlastní.

Počet suicidálních pokusů	Pohlaví		Celkem
	Muž	Žena	
0	54	19	73
1	10	3	13
2	6	5	11
3	5	0	5
4	2	3	5
10	1	0	1
Celkem	78	30	108

Adiktologická anamnéza – uživatelský profil

V pořadí jako druhou užitou drogu respondenti ani jednou neuvedli heroin. Vždy dva respondenti uvedli jako druhou užitou drogu v jejich životě jiné opiáty, kokain, halucinogeny a jiné drogy (např. MDMA, extáze). Průměrně to bylo v 16 letech (průměrně ve 14 letech halucinogeny, v 15 letech jiné opiáty, v 17,5 letech jiné drogy typu extáze, MDMA a průměrně v 18,5 letech kokain uvedlo dohromady osm respondentů, tedy 6 mužů a 2 ženy).

Téměř 13% respondentů (tedy 7 mužů a 8 žen) uvedlo metamfetamin jako svou druhou užitou drogu. V této oblasti oproti celkovému zastoupení dominují ženy. Téměř jedna čtvrtina klientů (22,4% respondentů) uvedlo jako svou druhou užitou drogu marihuanu (n=26, z toho 22 mužů a 4 ženy).

Tabulka 15: Přehled prvních tří užívaných návykových látek u uživatelů metamfetaminu (Výpis z anamnestických údajů klienta). Zdroj: Vlastní.

Droga	Droga 1.						Droga 2.						Droga 3.					
	Pohlaví		Celkem	Prům. věk	Směrodatná odchylka	Modus	Pohlaví		Celkem	Prům. věk	Směrodatná odchylka	Modus	pohlaví		Celkem	Prům. věk	Směrodatná odchylka	Modus
	Muž	Žena					Muž	Žena					Muž	Žena				
Tabák	46	19	65	13,0	3,6	15 let (n=14)	5	2	7	15,6	2,7	14 (n=2)	3	0	3	14,0	2,0	12;14;16 (n=1)
Alkohol	18	6	24	13,5	1,8	14 let (n=10)	41	13	54	13,7	2,2	14 (n=13)	8	1	9	15,4	2,2	15 (n=5)
Heroin	0	0	0	-	-	-	0	0	0	-	-	-	3	1	4	21,5	5,3	16,18,25,27
Jiné opiáty	0	0	0	-	-	-	1	1	2	15,0	2,8	13;17 (n=1)	1	1	2	29,0	-	29 (n=1)
Kokain	1	0	1	25	-	25 let (n=1)	1	1	2	18,5	0,7	18; 19 (n=2)	16	6	22	18,3	5,3	-
Stimulancia , pervitin	7	3	10	16,8	2,5	14;15;18 (n=2)	7	8	15	17,4	4,8	15 (n=4)	38	14	52	15,1	3,0	15 (n=4)
Marihuana, hašiš	8	3	11	14,0	1,0	14; 15 let (n=4)	22	4	26	15,0	2,2	14 (n=6)	5	3	8	16,3	1,5	16 (n=13)
Halucinogeny (LSD)	2	0	2	18,0	1,4	17;19 let (n=1)	2	0	2	14,0	0,0	14 (n=2)	1	1	2	15,5	2,1	15;17;18 (n=2)
Jiné drogy (MDMA, extáze)	0	0	0	-	-	-	2	0	2	17,5	2,1	16;19 (n=1)	4	0	4	17,8	2,5	15;17;18;21
Celkem	82	31	113	13,7	3,3	-	81	29	110	14,8	3,0	-	79	27	106	16,3	4,0	-

Průměrný věk prvního užití metamfetaminu (viz tabulka č. 15) byl zhodnocen z dotazníku EuropASI, kde informace o prvním užití pervitinu uvedlo celkem 111 respondentů (79 mužů a 32 žen, z toho 14 mužů a 3 ženy s diagnostikovaným ADHD). V téměř 92% případů se nejedná o první užitou návykovou látku – přibližně 8% respondentů uvedlo metamfetamin jako první užitou drogu, druhá užitá droga byl metamfetamin v případě 13% respondentů, nejčastěji – u 60 % probandů byl pervitin uveden jako třetí droga, se kterou mají respondenti zkušenost.

Tabulka 16: Průměrný věk prvního užití metamfetaminu a počet let užívání ve srovnání s pohlavím, vyhodnocení Europ-ASI. Zdroj: Vlastní.

Pohlaví		Stimulancia (pervitin) - věk kdy poprvé	Z toho s ADHD	Stimulancia (pervitin) - celoživotně (roky)	Z toho s ADHD
Muž	Průměr	17,9 let	18,9 let	8,9 let	9,9 let
	Počet	79	14	77	14
	Směrodatná odchylka	4,8 let	2,6 let	4,8 let	4,8 let
	Průměr	16,9 let	17 let	7,5 let	8 let
Žena	Počet	32	3	31	3
	Směrodatná odchylka	3,4 let	2 roky	3,8 let	4 roky
	Průměr	17,6 let	16,9 let	8,52 let	9,6 let
Celkem	Počet	111	17	108	17
	Směrodatná odchylka	4,5 let	2,5 let	4,6 let	4,6 let
	Průměr	17,6 let	16,9 let	8,52 let	9,6 let

Průměrný věk prvního užití metamfetaminu, 17,6 let, uvedlo 79 mužů a 32 žen, věkový průměr pravděpodobně snižuje 10 respondentů, kteří uvedli metamfetamin jako první aplikovanou drogu nejčastěji nejmladší respondenti ve 14 letech, dále pak v 15 a 18 letech (v každém věku vždy 2 respondenti). Nejmladšímu prvouživateli metamfetaminu bylo 13 let, nejstaršímu bylo 42 let. Nejčastěji uváděným věkem prvního užití (ve 21 případech) bylo právě 17 let, uvedlo tak 8 žen a 13 mužů.

Průměrný **počet let užívání metamfetaminu**, jak uvádí tabulka č. 16, je přibližně 8 a půl roku. V souvislosti s průměrným věkem respondentů přibližně 26 let přichází v úvahu průměrný věk začátku užívání metamfetaminu zhruba 17 let. Tuto úvahu potvrzuje tabulka výše (viz tabulka č. 16). Nejčastěji respondenti uvedli 4 a 9 let užívání metamfetaminu

(n=11), nejvyšší věk užívání uvedl jeden respondent 21 let, nejkratší dobu užívání metamfetaminu uvedlo několik respondentů necelý jeden rok (n=14).

Převažující **způsob aplikace** byl dotazován ve formuláři EuropASI. Respondenti měli v dotazníku pole určené k jedné odpovědi, velká část respondentů odpovídala více možných způsobů aplikace (dle EuropASI byly možné odpovědi: ústy, čichání/šňupání, kouření, injekční ne do žíly a injekční do žíly). Celkem jedna desetina respondentů uvedla další způsob aplikace, další 5 respondentů uvedlo celkem 3 způsoby, jak si v minulosti aplikovali metamfetamin. Nejčastější forma aplikace, odpovězena na prvním místě, bylo intravenózní injikování (n=56, z toho 42 žen a 14 mužů), další dvě časté formy užití metamfetaminu byly čichání/šňupání, které uvedlo 31 respondentů a injekční aplikace mimo žílu (n=18). Poslední dvě jmenované skupiny tvořili přibližně ze dvou třetin muži. V pořadí druhou formu aplikace uvedlo 9 respondentů kouření.

Tabulka 17: Formy aplikace metamfetaminu ve výzkumném vzorku. Zdroj: vlastní.

		Forma aplikace 1			Forma aplikace 2			Forma aplikace 3		
		Pohlaví		Celkem	Pohlaví		Celkem	Pohlaví		Celkem
		Muž	Žena		Muž	Žena		Muž	Žena	
Forma aplikace	ústy	2	0	2	0	1	1	0	0	0
	čichání, šňupání	19	12	31	1	1	2	1	0	1
	kouření	4	0	4	8	1	9	0	0	0
	injekční ne do žíly	12	6	18	1	0	1	1	0	1
	injekční do žíly	42	14	56	2	1	3	2	1	3
	Celkem	79	32	111	12	4	16	4	1	5

Přehled průměrného věku prvního užití návykových látek bez ohledu na předchozí zkušenost s jinými drogami uvádí tabulka č. 17, která informace čerpá z dotazníku EuropASI.

Tabulka 18: Průměrný věk prvního užití dle jednotlivých drog ve vztahu k ADHD dle EuropASI. Zdroj: Vlastní.

Pohlaví		muž				žena				Celkem			
Věk prvního užití		Průměr	Celkem	Z toho ADHD	Směrodatná odchylka	Průměr	Celkem	Z toho ADHD	Směrodatná odchylka	Průměr	N	Z toho ADHD	Směrodatná odchylka
1	Alkohol - každé množství	13,12	81	14	2,909	14,03	29	3	2,044	13,36	110	17	2,728
2	Alkohol – nadměrně	15,31	58	11	5,554	16,63	19	3	5,530	15,64	77	14	5,541
3	Heroin	17,67	27	5	7,401	19,75	8	0	9,468	18,14	35	5	7,818
4	Metadon/LAAM	15,33	12	2	11,484	0,00	1	0		14,15	13	2	11,789
5	Jiné opiáty / morfinová analgetika	18,27	26	8	7,892	19,60	5	0	6,269	18,48	31	8	7,576
6	Tlumivé léky (anxiolytika, barbiturany, hypnotika)	18,19	27	9	8,307	21,75	4	0	7,676	18,65	31	9	8,196
7	Kokain	19,55	33	9	4,757	18,00	7	1	1,291	19,28	40	10	4,379
8	Stimulancia (pervitin)	17,86	79	14	4,840	16,88	32	3	3,434	17,58	111	17	4,487
9	Marihuana, hašiš	15,20	80	14	3,899	15,10	29	3	3,288	15,17	109	17	3,731
10	Halucinogeny (LSD)	17,08	53	10	3,736	16,38	13	2	1,446	16,94	66	12	3,410
11	Těkavé látky	15,00	16	4	4,899	12,33	3	0	11,590	14,58	19	4	5,994
12	Jiné (např. MDMA, extáze)	18,82	49	11	4,236	16,67	15	1	2,320	18,31	64	12	3,964
13	Více než jedna látka denně (položky 2-12)	16,59	46	10	3,103	16,00	10	1	3,091	16,48	56	11	3,081
14	Věk při první injekci	19,87	69	13	6,331	17,19	26	2	6,299	19,14	95	15	6,402

Kombinace s ostatními návykovými látkami je zřejmá z tabulky č. 20, kde uvedlo celkem 56 respondentů, že užívalo více než jednu návykovou látku denně průměrně od 16,5 let. Dále je patrný věk při první injekci – celkem 95 respondentů, tj. 82 % z výzkumného souboru užívalo metamfetamin injekčně. V porovnání s informacemi z otázky přímo tážající se na užívání návykových látek vpichováním se jedná o poměrně srovnatelnou odpověď (vpichovalo si 67 mužů a 24 žen, tedy 91 respondentů). Průměrný věk při první injekci byl přibližně 19 let (ženy začaly injikovat zhruba o 2 roky dříve, než muži).

Injekční užívání návykových látek bylo zjištěno na základě informací jak z Výpisu z anamnestických údajů klienta, tak z formuláře EuropASI. Alespoň jednou za život užilo drogu injekčně 67 mužů a 24 žen, dohromady 91 osob, tedy 78,5 % respondentů. Jak bylo zmíněno výše, průměrný věk při první injekci byl u mužů přibližně o dva roky vyšší, než u žen (průměrně 19,9 let vs. 17,2 let). Doba užívání drogy injekčně je značně nesourodá: nejčastěji respondenti uvedli, že užívali injekčně méně než rok (n=10) a jeden rok (n=10). 75 % probandů vypovědělo o počtu měsíců injekčního užívání v posledním půlroce. Nejčastěji respondenti uvedli, že užívali 6 ze šesti měsíců injekčně (n=30 z celkových 88), druhá nejčastější odpověď byla méně než měsíc injekčního užívání v posledním půlroce. Všechny dny z posledního měsíce užívalo injekčně celkem 10 klientů (2 ženy a 8 mužů), ani jeden den injekčního užívání uvedlo 52 respondentů z 89, kteří na tuto otázku odpověděli.

Tabulka 19: Vpichování celoživotně/v posledních 6ti měsících, v posledních 30ti dnech

		Pohlaví		Celkem
		muž	žena	
Vpichoval jste si někdy?	ano	67	24	91
	ne	12	8	20
Celkem		79	32	111
Všechny injekce celoživotně (roky)	Průměr	6,325	4,481	5,787
	Celkem	63	26	89
	Směrodatná odchylka	5,0984	4,2813	4,9226
	Modus	6 (n=22)	6 (n=8)	6 (n=30)
	Min	0 (n=35)	0 (n=17)	0 (n=52)
Všechny injekce v posledních 30 dnech (dny)	Max	30 (n=8)	30 (n=2)	30 (n=10)
	Modus	0 (n=35)	0 (n=17)	0 (n=52)

Tabulka 20: Užívané drogy v posledním půlroce (Výpis z anamnestických údajů klienta) Zdroj: Vlastní.

	Droga 1			Droga 2			Droga 3			Droga 4			Droga 5			Droga 6			Droga 7			Droga 8			
Droga	pohlaví		Celkem	pohlaví		Celkem	pohlaví		Celkem	pohlaví		Celkem	pohlaví		Celkem	pohlaví		Celkem	pohlaví		Celkem	pohlaví		Celkem	Celkem klientů
	M	Ž		M	Ž		M	Ž		M	Ž		M	Ž		M	Ž		M	Ž		M	Ž		
tabák	53	19	72	10	2	12	2	-	2	2	1	3	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	90
alkohol	13	2	15	40	17	57	11	2	13	4	1	5	1	1	2	2	-	2	1	-	1	-	-	-	95
heroin	-	-	-	1	-	1	1	-	1	1	2	3	3	-	3	1	-	1	-	-	-	-	-	-	9
metadon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	2	-	2	-	-	-	-	-	-	4
jiné opiáty	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	5
tlumivé látky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	2	-	-	-	-	-	-	3
kokain	-	-	-	-	1	1	1	-	1	1	-	1	2	-	2	2	-	2	-	-	-	-	-	-	7
stimulancia, pervitin	12	9	21	10	6	16	18	10	28	24	6	30	7	-	7	1	-	1	-	-	-	-	-	-	103
marihuana, hašiš	4	1	5	14	2	16	31	9	40	6	1	7	2	-	2	2	-	2	-	-	-	-	-	-	72
halucinogeny (LSD)	1	-	1	-	1	1	2	1	3	9	-	9	7	1	8	-	-	-	3	-	3	1	-	1	26
těkavé látky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1
jiné drogy (MDMA, extáze)	-	-	-	2	-	2	2	-	2	2	1	3	4	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Celkem	83	31	114	78	29	107	68	22	90	52	12	64	27	5	32	13	1	14	4	-	4	2	-	2	

Užívání návykových látek v posledním půlroce zobrazuje tabulka č. 20. Nejvíce respondentů (n=103) uvedlo, že v posledních 6 měsících užívalo stimulantia (metamfetamin), 95 respondentů (z toho 23 žen) uvedlo alkohol a 90 respondentů tabák. Čtvrtou často užívanou drogou byla marihuana (n=72). Pouze dva klienti neuvedli ani jednu užívanou drogu, celkem 77 % uživatelů uvedlo zkušenost v posledním půlroce se třemi drogami (nejčastěji to byly marihuana, metamfetamin a alkohol), 27 % respondentů uvedlo 4 užívané drogy v posledních 6 měsících, pouze 4 respondenti užívali 7 látek a pouze 2 uvedli 8 drog v posledních šesti měsících.

Psychosociální a uživatelský profil klienta

Průměrní uživatelé metamfetaminu v terapeutické komunitě dle výsledků této studie jsou ve věku 26 let. Mají dokončené základní vzdělání nebo střední bez maturity. Jsou nesezdaní – nikdy nebyli v manželství. Jejich zdroje obživy jsou nejčastěji z dávek v nezaměstnanosti, nebo od partnera/ky, rodiny a přátel. Velmi pravděpodobně mají dluhy (nejčastěji několik tisíc Kč). Často nebyli ani jednou obžalováni u soudu pro tzv. drogové trestné činy. Necelá třetina zažila alespoň jednou během života vážnou depresi, těžké stavy úzkosti, stavy, při nich těžko chápali a nesoustředili se, neschopnost se ovládat a měla myšlenky na sebevraždu.

Nejčastěji uživatelé metamfetaminu v TK jako první drogu vyzkoušeli tabák průměrně ve 13 letech. Jako druhou drogu často uvedli alkohol a polovina z nich marihuanu. Téměř polovina uživatelů uvedla metamfetamin jako třetí v životě užitou drogu, zhruba polovina z nich uvedla kokain. Téměř polovina respondentů užívala průměrně od 16 let více jak jednu návykovou látku denně.

Průměrný věk prvního užití metamfetaminu (většinou to nebyla první užitá návyková látka) byl 17 let – ženy užily pervitin poprvé průměrně o rok dříve, než muži. Celkem klienti užívali návykové látky průměrně osm let. Doba užívání metamfetaminu je nesourodá velká část méně než rok a rok (n=20). Téměř 80% klientů drogu alespoň jednou v životě injikoval – průměrný věk prvního užití drogy injekčně je u žen 17 let a u mužů téměř 20 let. V posledních šesti měsících nejčastěji klienti užívali metamfetamin, tabák a marihuanu, 77 % uvedlo tři návykové látky v posledním půlroce, 27 % pak čtyři (nejčastěji se jednalo o stimulantia, halucinogeny, marihuanu a alkohol).

Psychopatologie

Jak bylo zmíněno výše, psychopatologie a míra její redukce byla hodnocena na základě výsledků dotazníku SCL-90 – byly porovnány hranice normy a mezní hodnoty psychopatologie dle Bašteckého, Šavlíka a Šimka (1993). Z dotazníku SCL byly hodnoceny jednotlivé škály (somatizace, obsese-kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, anxiozita, hostilita, fobie, paranoidní myšlení, psychotizismus), skupina tzv. nezařazených položek a hodnota symptomové dimenze. Výsledky byly porovnány u mužů a žen zvlášť (mezní hodnoty psychopatologie se u pohlaví a jednotlivých položek liší), současně byly srovnány výsledky měření v jednotlivých testových vlnách, tedy po nástupu, po prvních třech, šesti a devíti měsících léčby v terapeutické komunitě. Celkem 115 uživatelů metamfetaminu vyplnilo dotazník (83 mužů a 32 žen), u 108 respondentů byla zhodnocena psychopatologie – jednalo se o 28 žen a 80 mužů, u zbývajících 16 – ti respondentů nebylo možné případnou psychopatologii z důvodu chybějících odpovědí vyhodnotit.

Zjištěná psychopatologie dle SCL-90

Vyhodnocení výsledků v prvních třech testovacích vlnách zobrazuje tabulka č. 20. Na základě vyhodnocení obecného ukazatele závažnosti (GSI) byly zjištěny hodnoty nad mezní mírnou psychopatologie na začátku studie přibližně u 2 respondentek ze 3 s diagnózou ADHD a zhruba u jedné třetiny ADHD respondentů ve srovnání s téměř jednou polovinou non ADHD. Čtvrtá vlna není v tabulce zachycena, protože se jí zúčastnili pouze 4 respondenti – 3 muži a jedna žena, u které nebylo možné dotazník vyhodnotit z důvodu chybějících odpovědí.

Na základě obecného ukazatele závažnosti (viz GSI v tabulce níže) výraznější psychopatologie (součet bodů jednotlivých dimenzí dělený počtem otázek) byla identifikována u 9 žen (z toho 2 byly ženy s diagnostikovaným ADHD) a 42 mužů (z toho 5 s ADHD). Hodnoty výraznější psychopatologie u jednotlivých dimenzí jsou patrné v tabulce níže i ve vztahu k četnosti diagnózy ADHD.

Nejvíce respondentek (n=17) splňovalo při testování po nástupu do léčby v TK hodnoty výraznější psychopatologie v oblastech obsese-kompulze, psychotizismus a paranoidní myšlení, které byly také nejčastěji identifikovanými dimenzemi u mužů.

Ve druhé testovací vlně byly zjištěny hodnoty nad mezní psychopatologie u 5 ze 14 žen, z toho jedné s diagnózou ADHD a 8 z 26 mužů včetně jednoho s ADHD. Při třetím testování bylo

v komunitách 9 mužů (z toho 3 s diagnózou) a 4 ženy. Hodnoty nad mezí psychopatologie dle obecného indexu závažnosti byly zjištěny pouze u jedné ženy.

Tabulka 21: Přehled psychopatologie dle vyhodnoceného SCL-90 ve vztahu k ADHD

Vlna	I				II				III			
Pohlaví	Ženy		Muži		Ženy		Muži		Ženy		Muži	
Celkem /ADHD	32	3	84	15	14	3	26	5	4	0	9	3
Nevyho dnoceno	7/0		12/1		14/1		4/1		1/0		1/1	
Dimenze	Norma / ADHD	Psychopa- tologie	Norma / ADHD	Psychopa- tologie	Norma / ADHD	Psychopa- tologie	Norma / ADHD	Psychopa- tologie	Norma / ADHD	Psychopa- tologie	Norma / ADHD	Psychopa- tologie
SOM*	9/2	10/2	52/4	30/6	12/3	1/0	21/6	3/0	2/0	1/0	7/3	2/0
OBS*	14/2	17/2	18/2	62/8	6/3	8/2	12/3	14/3	1/0	2/0	8/2	1/1
INT*	17/2	14/2	27/3	56/7	8/2	6/1	11/2	14/4	2/0	1/0	6/1	3/2
DEP*	18/2	13/2	34/4	45/6	12/3	2/0	14/4	12/2	3/0	0/0	8/2	1/1
ANX*	19/1	12/3	49/5	32/5	8/2	6/1	20/5	5/0	3/0	0/0	8/3	1/0
HOS*	18/3	13/1	58/5	23/4	4/0	9/2	9/2	16/3	2/0	1/0	7/2	2/1
PHOB*	21/2	10/2	40/4	42/6	11/2	2/1	17/4	9/2	2/0	1/0	7/2	1/0
PAR*	15/3	17/1	21/2	61/8	8/1	6/2	13/3	13/3	2/0	1/0	7/2	1/0
PSY*	14/1	17/3	24/1	58/9	6/1	8/2	13/3	13/3	2/0	1/0	3/1	6/2
NEZ*	24/3	8/1	53/4	28/6	12/3	2/0	23/5	3/1	1/0	2/0	9/3	0/0
GSI*	16/2	9/2	30/4	42/5	6/1	5/1	14/4	8/1	2/0	1/0	8/2	0/0

* SOM = somatizace, OBS = obsese-kompulze, INT = interpersonální senzitivita, DEP = deprese, ANX = anxiozita, HOS = hostilita, PHOB = fobie, PAR = paranoidní myšlení, PSY = psychotizismus, NEZ = nezařazené položky, GSI = obecný ukazatel závažnosti

Redukce psychopatologie

Redukce psychopatologie byla zjišťována u 4 respondentů (3 mužů, kteří v léčbě setrvali po celou dobu studie a jedné ženy viz dále). Jednalo se o 3 muže – u všech těchto klientů je patrná redukce psychopatologie do třetího testového období, tj. zhruba do šestého měsíce léčby. Při nástupu do léčby se výsledky obecného ukazatele závažnosti (GSI) dvou respondentů pohybovaly nad mezní hranicí psychopatologie a jednoho respondenta (klient 05/12), jehož výsledky se pohybovaly mírně nad hranicí normy. V tabulkách 22-24 jsou

barevně odlišené výsledky jednotlivých dimenzí v průběhu celého testovacího procesu (čím tmavší, tím více je výsledek blíže, nebo nad hranici výraznější psychopatologie – viz první sloupec).

V poslední testové vlně (v 9. měsíci) u všech třech klientů bylo viditelné nepatrné zvýšení hodnoty obecného ukazatele závažnosti. Respondenti 05/06 a 05/01 měli při posledním testování vyšší hodnoty u položek obsese-kompulze, paranoidní myšlení a psychotizismus, který byl na mezní hranici psychopatologie i u respondenta 05/12.

Redukci psychopatologie ve vztahu k diagnóze ADHD není možné validně popsat, protože určení diagnózy ADHD je nejednoznačné (u dvou respondentů 05/12 a 05/01 byla alespoň jednou za účast ve výzkumu diagnóza potvrzena, ale následovala další testovací vlna, která diagnózu vyvrátila). Z výsledků je patrné, že tito dva respondenti mají nepatrně horší výsledek obecného ukazatele závažnosti psychopatologie (0,54 a 0,67 vs. 0,49 respondenta 05/06).

Tabulka 22: Redukce psychopatologie 1. -4. testování u respondenta 05/06

Hranice psychopatologie	Norma	Dimenze	vlna I	vlna II	vlna III	vlna IV
0,81	0,75	SOM	1	0,25	0,33	0,17
1,07	0,99	OBS	1,6	1,2	1	1,4
0,99	0,65	INT	1,33	1,33	0,89	0,67
0,99	0,66	DEP	1,31	0,85	0,77	0,46
1,23	0,8	ANX	1,3	0,4	0,1	0,3
0,78	0,71	HOS	0,33	0,5	0,5	0,33
0,54	0,36	PHOB	0,14	0	0	0
0,82	0,61	PAR	1,17	0,67	0,33	0,83
0,5	0,34	PSY	0,7	0,6	0,5	0,6
1,26	0,79	NEZ	1,14	0,29	0,14	0,14
0,89	0,64	GSI	1	0,61	0,46	0,49
Přítomnost ADHD			Ne	Ne	Ne	Ne
* SOM = somatizace, OBS = obsese-kompulze, INT = interpersonální senzitivita, DEP = deprese, ANX = anxiozita, HOS = hostilita, PHOB = fobie, PAR = paranoidní myšlení, PSY = psychotizismus, NEZ = nezařazené položky, GSI = obecný ukazatel závažnosti						

Tabulka 23: Redukce psychopatologie 1. -4. testování - respondent 05/12

Hranice psychopatologie	Norma	Dimenze	vlna I	vlna II	vlna III	vlna IV
0,81	0,75	SOM	0	0,25	0,58	0,08
1,07	0,99	OBS	1,2	1,7	0,8	1
0,99	0,65	INT	0,67	1,11	1	0,67
0,99	0,66	DEP	0,92	1,62	0,54	0,62
1,23	0,8	ANX	1,1	1,3	0,3	1,1
0,78	0,71	HOS	1	1,5	0,33	1
0,54	0,36	PHOB	0,14	0,43	0	0,29
0,82	0,61	PAR	0,67	0,67	0,5	0,17
0,5	0,34	PSY	0,7	0,8	0,5	0,5
1,26	0,79	NEZ	0,71	0,86	0,57	0
0,89	0,64	GSI	0,71	1,02	0,51	0,54
Přítomnost ADHD			Typ převážně hyperaktivní	Ne	Typ převážně nepozorný	Ne

* SOM = somatizace, OBS = obsese-kompulze, INT = interpersonální senzitivita, DEP = deprese, ANX = anxiozita, HOS = hostilita, PHOB = fobie, PAR = paranoidní myšlení, PSY = psychotizismus, NEZ = nezařazené položky, GSI = obecný ukazatel závažnosti

Tabulka 24: Redukce psychopatologie 1. -4. testování - respondent 05/01

Hranice psychopatologie	Norma	Dimenze	vlna I	vlna II	vlna III	vlna IV
0,81	0,75	SOM	0,42	0,5	0,25	0,25
1,07	0,99	OBS	1,1	1,1	0,9	0,5
0,99	0,65	INT	1,44	1,11	0,67	1
0,99	0,66	DEP	0,69	0,92	0,77	0,46
1,23	0,8	ANX	0,8	0,9	0,8	0,6
0,78	0,71	HOS	1	1	0,67	0,67
0,54	0,36	PHOB	0,57	0,43	0,43	0,43
0,82	0,61	PAR	1,17	1,17	0,67	1
0,5	0,34	PSY	1,4	0,8	0,6	1,1
1,26	0,79	NEZ	1	0,71	0,71	0,71
0,89	0,64	GSI	0,96	0,86	0,65	0,67
Přítomnost ADHD			Ne	Typ převážně nepozorný	Ne	Ne

* SOM = somatizace, OBS = obsese-kompulze, INT = interpersonální senzitivita, DEP = deprese, ANX = anxiozita, HOS = hostilita, PHOB = fobie, PAR = paranoidní myšlení, PSY = psychotizismus, NEZ = nezařazené položky, GSI = obecný ukazatel závažnosti

Respondentce 06/14 nebylo ani v jedné testovací vlně diagnostikováno ADHD, ve třetí testovací vlně byly její výsledky mírně nad hodnotami normy (GSI), pouze v oblasti nezařazených položek (NEZ) byla nad mezí výraznější psychopatologie. Ve čtvrtém testování byl výsledek vyšší opět v dimenzi nezařazených položek a fobie, kde ale nedosahoval výrazněji patologických hodnot.

Tabulka 25: Respondentka 06/14

Hranice psychopatologie	Norma	Dimenze	vlna I	vlna II	vlna III	vlna IV
1,32	0,92	SOM	-	-	0,58	0,17
1,39	1,26	OBS	-	-	1,6	0,8
1,28	0,88	INT	-	-	1,22	0,78
1,56	0,97	DEP	-	-	1,08	0,62
1,58	1,03	ANX	-	-	1,2	0,3
0,98	0,68	HOS	-	-	0,83	0,67
0,81	0,48	PHOB	-	-	0,57	0,71
1	0,61	PAR	-	-	0,33	0,5
0,56	0,32	PSY	-	-	0,3	0,2
1,34	0,87	NEZ	-	-	1,71	1,57
1,18	0,81	GSI	-	-	0,94	0,63
Přítomnost ADHD			-	-	Ne	Ne

Průběh léčebného procesu – hodnocení terapeutů

Terapeuti hodnotili klienty - respondenty na základě jejich subjektivního vnímání. Bylo hodnoceno několik oblastí – adaptace a akceptace programu, chování a změny v chování klienta. Celkem bylo vyplněno 173 dotazníků ve všech testovacích vlnách 26 testery z osmi TK v ČR, z toho při nástupu do TK bylo vyplněno 116 dotazníků (ne všechny byly vyplněny 100%). Nejčastěji terapeuti vyplnili jeden dotazník (n=6), nejvíc bylo vyplněno 57 dotazníků jednou terapeutkou.

Hodnocení komplikací a způsobů chování klientů

Následný popis četnosti komplikací léčebného procesu vychází z upraveného CTQ (Miovský et al., 2014; Rubášová, 2014). Tabulka níže porovnává součty bodů v hodnocení klientů v pěti behaviorálních oblastech (chování v rámci komunitního kolektivu, podílení se na činnostech TK, postoj k autoritě, pozice ve skupině a dodržování pravidel) na čtyřbodové škále převzaté z dotazníku pro terapeutů (1 – komplikace se vůbec nevyskytují, 2 – komplikace se vyskytují trochu, 3 – komplikace se vyskytují značně, 4 – komplikace se vyskytují velmi značně). Důraz je kladen na porovnání četnosti hodnocení mužů a žen ve vztahu k těm, kterým byla diagnostikována ADHD.

V první testové vlně bylo úspěšně vyhodnoceno průměrně 106 dotazníků (nejvíce chybělo zodpovězených otázek o dodržování pravidel). U respondentů s ADHD i bez diagnózy se nejčastěji komplikace v oblasti chování v rámci komunitního kolektivu nevyskytovaly vůbec

(ADHD v $\frac{1}{3}$, non ADHD v nadpoloviční většině). Vyšší, ale stále ještě podprůměrný výskyt komplikací (hodnota „trochu“) byl v největší míře nalezen jak u ADHD tak u non ADHD skupiny v oblasti podílení se na činnostech TK. Značný výskyt komplikací (hodnota 2, „značně“) v první testové vlně byl přítomen maximálně u 3 z 15 ADHD a maximálně u osmi respondentů bez diagnózy v oblasti podílení se na činnostech a chování v rámci komunitního kolektivu. Velmi značné komplikace byly ve třech oblastech chování u jednoho non ADHD respondenta.

Tabulka 26: četnost hodnocení komplikací a způsobů chování v léčebném režimu. Zdroj: Vlastní.

I. VLNA	1*		2		3		4		Celkem	
	ADHD**	non**	ADHD	non	ADHD	non	ADHD	non	ADHD	non
Chování v rámci komunitního kolektivu	5*** (2/3)	53 (39/14)	5 (5/0)	36 (28/8)	3 (2/1)	8 (4/4)	0	1 (1/0)	13 (9/4)	98 (72/26)
Podílení se na činnostech TK	5 (2/3)	31 (26/5)	9 (8/1)	59 (37/22)	1 (1/0)	8 (8/0)	0	0	15 (11/4)	98 (71/27)
Postoj k autoritě	3 (2/1)	48 (39/9)	10 (8/2)	47 (29/17)	1 (1/0)	2 (1/1)	0	1 (1/0)	14 (10/4)	98 (70/28)
Pozice ve skupině	6 (5/1)	36 (25/11)	8 (5/3)	57 (41/16)	1 (1/0)	4 (4/0)	0	0	15 (11/4)	97 (70/27)
Dodržování pravidel	7 (5/2)	42 (31/11)	2 (2/0)	28 (22/6)	3 (2/1)	3 (1/2)	0	1 (1/0)	12 (9/3)	74 (55/19)
II. VLNA	1		2		3		4		Celkem	
	ADHD	non	ADHD	non	ADHD	non	ADHD	non	ADHD	non
Chování v rámci komunitního kolektivu	4 (3/1)	13 (8/5)	3 (2/1)	17 (11/6)	2 (1/1)	1 (1/0)	0	0	9 (6/2)	31 (20/11)
Podílení se na činnostech TK	3 (2/1)	7 (4/3)	6 (4/2)	23 (15/8)	0	0	0	0	9 (6/3)	30 (19/11)
Postoj k autoritě	3 (2/1)	12 (7/5)	6 (4/1)	18 (13/5)	0	1 (0/1)	0	1 (0/1)	9 (6/3)	31 (20/11)
Pozice ve skupině	4 (3/1)	10 (5/5)	5 (3/2)	20 (14/6)	0	0	0	0	9 (6/3)	30 (19/11)
Dodržování pravidel	6 (4/2)	14 (9/5)	3 (2/1)	13 (10/3)	0	1 (0/1)	0	0	9 (6/3)	28 (19/9)
III. VLNA	1		2		3		4		Celkem	
	ADHD	non	ADHD	non	ADHD	non	ADHD	non	ADHD	non
Chování v rámci komunitního kolektivu	0	3 (2/1)	2 (2/0)	7 (4/3)	1 (1/0)	0	0	0	3 (3/0)	10 (6/4)
Podílení se na činnostech TK	0	1 (1/0)	2 (2/0)	8 (5/3)	1 (1/0)	0	0	0	3 (3/0)	9 (6/3)

	2	4	1	5	0	1	0	0	3	10
Postoj k autoritě	(2/0)	(3/1)	(1/0)	(3/2)		(0/1)			(3/3)	(6/4)
Pozice ve skupině	0	2	3	8	0	0	0	0	3	10
		(1/1)	(3/0)	(5/3)					(3/0)	(6/4)
Dodržování pravidel	2	6	1	4	0	0	0	0	3	10
	(2/0)	(3/3)	(1/0)	(3/1)					(3/0)	(6/4)
<p>* 1 – komplikace se vůbec nevyskytují, 2 – komplikace se vyskytují trochu, 3 – komplikace se vyskytují značně, 4 – komplikace se vyskytují velmi značně</p> <p>**ADHD/non = byla/nebyla určena diagnóza ADHD na základě vyhodnocení dotazníku DIVA 2.0</p> <p>*** V buňkách jsou čísla řazena: celkem (počet mužů/počet žen)</p>										

V druhém testování si respondenti non ADHD nejhůře vedli v oblasti postoje k autoritě, dále ve třech oblastech (chování v rámci TK, postoj k autoritě a dodržování pravidel). Nejčastěji se u skupiny non ADHD vyskytovaly komplikace značně (hodnota 3) při podílení se na činnostech TK. U ADHD respondentů se komplikace projevily občasně (hodnota 2 = „trochu“) opět v oblasti podílení se na činnostech TK a postoji k autoritě. Ve třetí testové vlně respondenti s ADHD dominovali v občasném výskytu komplikací (hodnota 1 = trochu). Jeden respondent non ADHD měl značné komplikace v postoji k autoritě.

Ve všech třech výše popsanych testových vlnách se jevílo jako nejproblematictější oblast (komplikace se projevily trochu) podílení se na činnostech terapeutické komunity jak pro skupinu s ADHD, tak pro skupinu bez této diagnózy. Respondenti bez ADHD se v první vlně chovali nejlépe v rámci komunitního kolektivu, ve druhé vlně bylo nejlépe hodnoceno dodržování pravidel (ale jen těsně nad chováním v kolektivu) a ve třetí testovací vlně si respondenti bez ADHD nejlépe vedli v oblasti pravidel.

Změny v chování

Terapeuti hodnotili změny v chování od nástupu do léčby, jichž si u klientů všimli na pětibodové škále (1 - mnohem horší, 2 – trochu horší, 3 – nezměnilo se, 4 – lepší, 5 – mnohem lepší). V tabulkách č. 25 a 26 je přehled změn k horšímu, chování beze změn a změn k lepšímu. Otázka o změnách chování byla v dotazníku rozdělena do šesti položek (viz tabulky níže), které byly hodnoceny zvlášť. Pro lepší přehlednost je odděleno vyhodnocení chování mužů a žen ve vztahu k ADHD.

Ženy s diagnostikovaným ADHD tvořily v první testovací vlně osminu (tj. 12,5 %) respondentek (4 z celkových 32). Při vypočítání průměru hodnocených změn v chování všech respondentek mělo jejich chování spíše tendenci se neměnit až zlepšovat se (hodnoty většiny

položek se pohybovaly mezi hodnotami 3,09 a 3,39). Ve třech položkách byla změna chování od nástupu léčby ohodnocena negativně vždy u jedné respondentky (chování mnohem horší a trochu horší), jednalo se o celkové chování, chování vůči ostatním klientům a terapeutům a pozice ve skupině. V porovnání s respondentkami bez ADHD (n=28) ve stejných oblastech jich bylo hodnoceno negativně 6 (tedy také přibližně jedna třetina). Respondentky bez diagnózy se oproti těm s dg. dále často zhoršily v oblasti dodržování pravidel/komplikace v léčbě. Nejvyšší četnost (n=23) chování beze změny byla zaznamenána v oblasti postoje k autoritě jak u klientek s diagnostikovaným ADHD (n=3), tak bez diagnózy (n=20). Ani jedna z respondentek s ADHD nezměnila své chování v oblasti dodržování pravidel. Ke zlepšení chování u dvou respondentek s ADHD došlo v oblastech chování v rámci kolektivu a podílení se na činnostech TK, kde byly zaznamenány i vyšší počty respondentek bez diagnózy (18 a 13, tj. $\frac{2}{3}$ a téměř $\frac{1}{2}$).

V druhé testovací vlně byly výraznější změny u skupiny respondentek s ADHD v oblastech postoje k autoritě (chování se nezměnilo u 2), pozice ve skupině (chování se zhoršilo u 2) a dodržování pravidel se zlepšilo u 2 klientek). Respondentky bez diagnostikovaného ADHD vykazovaly nejvíce změn chování v oblasti pozice ve skupině (zlepšení, n=10), zlepšení celkového chování (n=9) a žádnou změnu v pozici k autoritě (n=9).

Během třetí a čtvrté testovací vlny bylo terapeutky popsáno chování 4 respondentek bez diagnostikovaného ADHD dotazníkem DIVA. Průměrně bylo popsáno lepší chování, tj. nad hodnotou 3,5. Respondentka 08/14 (data pro vyhodnocení byla dostupná pouze z dvou posledních testovacích vln), jejíž změny v chování byly ve třetí testovací vlně ohodnoceny ze zbylých čtyř nejhůře (průměr 2,6, tzn. chování bylo spíše horší) v léčbě setrvala do čtvrtého testovacího kola, kde se její chování změnilo ve všech hodnotách do hodnoty „lepší“, tj. průměr 4.

V počátku léčby bylo identifikováno 84 mužů, z toho 11 s diagnostikovaným ADHD (tj. také zhruba $\frac{1}{8}$ jako u žen). Nejvyšší četnost zhoršení chování byla zaznamenána u obou skupin v oblastech chování vůči ostatním klientům a terapeutům (v rámci kolektivu) a v oblasti pozice ve skupině. Byla to více jak $\frac{1}{3}$, tedy 6 respondentů s ADHD a zhruba $\frac{1}{5}$, tj. 13 a 16 mužů bez diagnózy, kteří se zhoršili i v oblasti dodržování pravidel. Chování se nezměnilo u 52 mužů (z toho 7 ADHD) v oblasti postoje k autoritě, naopak nejvíce pozitivních změn bylo zaznamenáno v chování v rámci kolektivu u mužů bez ADHD. Chování beze změny u mužů s ADHD bylo nejčastěji (n=7) sledováno v celkovém chování, podílení se na činnostech TK a

postoji k autoritě. Muži s ADHD se nejčastěji zlepšili v dodržování pravidel ($n=4$) a zhoršili v pozici ve skupině a chování v rámci kolektivu.

Tabulka 27: Hodnocení měn v chování žen ve vztahu k ADHD. 1. a 2. testovací vlna. Zdroj: Vlastní.

Dotazník pro terapeutky (ot. IV): Jaké změny v chování jste u klienta od nástupu léčby pozoroval/a?												
ŽENY	1. VLNA						2. VLNA					
Počet celkem/z toho ADHD*	32			3			14			3		
Změny v chování	-		0		+		-		0		+	
Celkové	5	0	14	1	12	2	1	0	2	0	11	1
Nevyplněno	1			0			0			0		
V rámci kolektivu	6	0	8	1	18	2	2	0	4	0	8	3
Nevyplněno	0			0			0			0		
Podílení se na činnostech TK	2	0	17	1	13	2	1	0	6	0	7	3
Nevyplněno	0			0			0			0		
Postoj k autoritě	2	0	23	2	7	1	0	0	9	2	5	1
Nevyplněno	0			0			0			0		
Pozice ve skupině	6	0	14	2	11	1	2	0	1	0	11	3
Nevyplněno	1			0			0			0		
Dodržování pravidel	6	1	16	2	10	0	2	0	5	0	7	3
Nevyplněno	0			0			0			0		

V druhé vlně tvořili respondenti s ADHD přibližně $\frac{1}{5}$ mužů zapojených ve studii v komunitách. Nejvýraznější změny chování byly zaznamenány u mužů s ADHD v oblastech celkového chování (zlepšení u 4 respondentů ze 6) a v pozici ve skupině (dtto). Muži bez diagnózy také dominovali v pozitivních změnách. Nejčastěji se zlepšili v podílení se na činnostech TK a v celkovém chování. Naopak nejvíce se zhoršilo 8 (z celkových 20 bez ADHD) v oblastech pozice ve skupině a dodržování pravidel. Průměrně polovina mužů bez diagnózy (n=10) v druhé vlně změnila dle terapeutů chování k lepšímu, respondenti s ADHD v této části byli zastoupeni nadpoloviční většinou. Při třetím vyplnění dotazníku terapeutky se muži s diagnózou pohybovali více v oblasti beze změn a zlepšení chování (negativně byl hodnocen vždy pouze jeden muž v oblasti celkového chování). Od jednoho terapeuta popisujícího respondenta s ADHD nebyla získána odpověď v oblasti celkového chování. Muži bez diagnózy byli negativně hodnoceni nejvíce v oblasti pozice ve skupině a dodržování pravidel, v ostatních oblastech byl také vždy jeden muž, krom oblasti negativních změn v celkovém chování. Nejvíce mužů (6 z toho 2 s ADHD) nezměnilo své chování v oblasti postoje k autoritě. Neutrálně byla hodnocena změna chování u nejvíce respondentů bez diagnózy. Změna chování ve všech oblastech u nejvíce respondentů s ADHD byla pozitivní.

Tabulka 28: Hodnocení měn v chování mužů ve vztahu k ADHD. 1. a 2. testovací vlna. Zdroj: Vlastní.

Dotazník pro terapeuty (ot. IV): Jaké změny v chování jste u klienta od nástupu léčby pozoroval/a?																		
MUŽI	1. VLNA						2. VLNA						3. VLNA					
Počet/z toho ADHD	84			15			26			6			9			3		
Změny v chování	-	0		+			-	0		+			-	0		+		
Celkové	5	0	35	7	33	6	2	1	7	0	16	4	0	0	3	0	5	1
Nevyplněno	11			2			1			0			1			0		
V rámci kolektivu	13	2	31	6	39	7	7	1	6	1	13	3	1	0	5	1	3	0
Nevyplněno	1			0			0			0			0			0		
Podílení se na činnostech TK	6	1	41	6	36	8	1	0	8	1	17	4	1	0	4	0	4	1
Nevyplněno	1			0			1			0			0			0		
Postoj k autoritě	6	2	52	9	25	4	2	1	13	2	11	2	1	0	6	1	2	0
Nevyplněno	1			0			0			0			0			0		
Pozice ve skupině	16	1	36	6	31	8	8	1	5	1	13	3	4	0	2	1	3	0
Nevyplněno	1			0			0			0			0			0		
Dodržování pravidel	16	1	38	6	29	4	8	3	6	0	11	3	3	0	2	1	4	2
Nevyplněno	1			0			1			0			0			0		

V pořadí čtvrtého testování se zúčastnili 3 muži bez diagnózy ADHD. Dva ze tří respondentů v průměru změnili své chování pozitivně. Pouze jeden respondent v oblasti dodržování pravidel své chování mírně zhoršil. Na otázky z celkového počtu 173 vyplněných testových baterií ve všech vlnách chyběly odpovědi od 14 terapeutů hodnotících klientky a 52 terapeutů hodnotících klienty.

Tabulka 29: Hodnocení změn chování klientů ve 4. testovací vlně. Zdroj: Vlastní

Kód klienta	Celkové	V kolektivu	Činnosti	Postoj k autoritě	Pozice ve skup.	Dodržování Pravidel	Průměr
05/01	3	3	3	3	4	2	3
05/06	4	4	4	4	4	5	4,1
05/12	5	4	5	5	4	5	4,6
*1 - mnohem horší, 2 – trochu horší, 3 – nezměnilo se, 4 – lepší, 5 – mnohem lepší							3,9

Komplikace léčby klientů s diagnostikovaným ADHD popisované terapeutů

Na základě otevřených otázek v dotazníku pro terapeutů byla provedena kvalitativní analýza odpovědí týkajících se klientů s diagnózou ADHD z důvodu nižšího počtu této skupiny (jedná

se o otázky I., II., a IV./2, IV/3 v dotazníku pro terapeutů). Odpovědi byly rozděleny do tematických trsů. V první testovací vlně to bylo 15 mužů a 3 ženy (ze kterých se do druhé testovací vlny dostala pouze jedna žena). V odpovědích se vyskytlo několik témat (adaptace na program a problémy v léčbě, nedočkavost, impulzivita – agrese, zamlčování a motivace).

Adaptace a problémy

Téma adaptace a problémů bylo zmíněno v odpovědích jedenácti terapeutů (o třech ženách a 10 mužích). Odpovědi o pěti mužích byly reflexí pozitivní adaptace (*„...se dobře adaptoval a bez výraznějších problémů s chováním akceptoval program komunity...“*, *„...se adaptoval až velmi rychle...“*, *„je schopen se zařadit do strukturovaného programu, plnit úkoly, respektuje autority pouze formálně...“*). Odpovědi dvou terapeutů byly spíše negativního rázu – u všech třech klientek s ADHD byly popisovány obtíže v začátku léčby v TK (*„...měla velký problém se adaptovat“*, *„...těžko se adaptuje...nedůvěřuje lidem, nechce se otevírat. Mluví jak kniha naučené fráze...“*, *„...měla velký problém akceptovat pravidla, přizpůsobit se skupině...“*) a jedna z nich se výrazně zlepšila v adaptaci na program. Také u jednoho klienta byly popisovány obtíže v začátku léčby, klient *„...se těžce adaptoval... byl tichý, vystrašený... bál se, že bude outsider...“*.

Pravidla

Oblast pravidel byla častějším tématem u žen, u dvou z nich bylo těžší dodržovat pravidla (*„...měla problém akceptovat pravidla a přizpůsobit se skupině, ...chyby důrazně obhajovala..., ...během 14 dnů...přijmout pravidla a to, že má dělat všechno správně bylo pro ni pořád těžké. Chyby opakovala.“*) Jednomu klientovi dělalo problémy dodržování pravidel, ačkoliv byl v léčbě podruhé, *„...činí mu problémy dodržovat některá základní pravidla, zapamatovat si program, dodržovat časy.“* Jeden klient formálně pravidla dodržoval, měl tendence hrubě porušovat pravidla.

Téma impulzivita – agrese

Témata šikany naznačovaly odpovědi dvou terapeutů – jeden klient se obával, že bude šikanován, *„...bál se, že bude outsider, že ho budou členové TK využívat, jak tomu byl zvyklý ze školy i ze zaměstnání.“* U druhého se naopak terapeut obával, že klient bude šikanovat (*„... má tendence využívat ostatní, sklony k šikaně...“*) a jeden respondent, který měl současně problém s agresí, vyhrožoval. Jedna respondentka dle reflektujícího terapeuta *„...měla málo trpělivosti, všechno chtěla hned“*.

Téma impulzivity až agrese bylo zmíněno v odpovědích týkajících se sedmi respondentů. Jeden z nich byl pravděpodobně spíše zbrklý (*„...do všeho chce jít hned“*) u jednoho byla

„...patrná netrpělivost a pokoušení hranic...“, jeden respondent se zlepšil v agresi vůči ostatním klientům a čtyři respondenti byli v odpovědi popsáni jako impulzivní až agresivní ve svém chování.

Téma motivace

Z odpovědí dvou terapeutů bylo patrné téma motivace klientů – jednalo se o jednu ženu a jednoho muže (*„Klientova motivace je nejasná, jeho přístup je velmi pozitivní. Klient vyžaduje vedení. Zdlouhavé úkoly je schopen splnit, ale zatím není schopen plnit samostatně ani jednoduché úkoly.“*; klientka *„mluví jako kniha – naučené fráze, odosobněná. Stádium prekontemplace.“*)

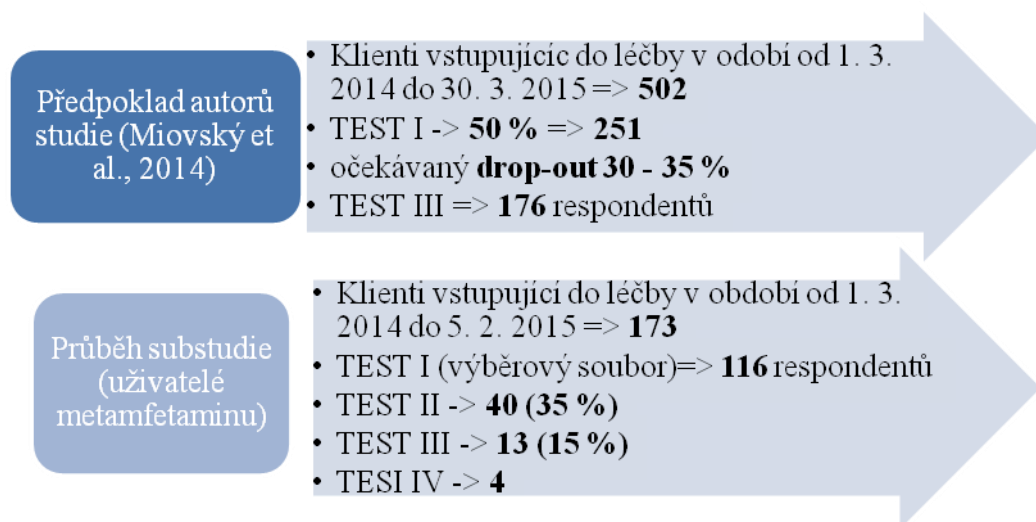
4. Diskuse a závěry

Limity studie

Výzkumný soubor a neúplnost dat

Ačkoliv na začátku studie byl výzkumný soubor poměrně rozsáhlý (n=116), do čtvrtého testování v terapeutických komunitách setrvali pouze 4 respondenti. Autoři studie – viz obrázek č. 6 (Miovský et. al. 2014) předpokládali v první testové vlně zapojení přibližně 251 respondentů, ze kterých očekávali drop-out 30 – 35 %, tedy zhruba 176-164 respondentů. V této substudii z původních 116 respondentů bylo v druhém testování přítomno 40 respondentů, tj. přibližně 35 %, ve třetím pak přibližně 15 % z původního výzkumného souboru. Míra drop-outu je oproti očekávání autorů (30-35 %) téměř dvojnásobná (drop-out mezi prvním a druhým testováním byl 65%).

Obrázek 6: Popis předpokládaných a zjištěných parametrů výběrového souboru klientů TK



Upraveno dle Miovského et al., 2014

Tato sub-studie pracovala pouze s částí očekávaného výzkumného souboru. Sběr dat začal dle plánu autorů studie 1. 3. 2014 a pro tuto práci byla poslední data sebrána 5. 2. 2015. Sběr dat tedy trval 11 měsíců - v době psaní této práce dále probíhal sběr dat. Data v této práci představují část souboru. Transkripci do elektronické podoby prováděly pouze dvě výzkumné asistentky (především z důvodu prevence vyšší chybovosti při přepisu). Transkribovaná data byla opakovaně kontrolována, přesto bylo při analýze nalezeno menší množství chyb (především překlipy).

Diagnostika ADHD

K určení diagnózy ADHD v této práci byl použit jeden diagnostický nástroj (DIVA 2.0), informace o diagnóze nebyly porovnány s výsledky jiných diagnostických nástrojů. Diagnóza byla stanovena u necelých 13 % respondentů.

Přítomnost ADHD mezi uživateli návykových látek v terapeutické komunitě více jak 50% zjistila Rubášová (2014), která použila kombinaci různých diagnostických nástrojů (DIVA 2.0, Wender Utah Rating Scale a ADHD Self Report Scale). To může být důvodem odlišnosti výzkumů. Rubášová zvolila jinou strategii pro sběr dat. Výsledky diagnózy ADHD mohou být ovlivněny velkým počtem výzkumných asistentů, kteří data sbírali. Jedná se o nesourodou skupinu, co se týče vzdělání (psychoterapeuti se základem v oboru psycholog, pedagog, etoped, atp.), věku, ale i dostupného času, nebo práce nad rámec povinností výzkumného asistenta.

Dotazník administrovalo celkem 26 terapeutů – testerů, kteří byli proškoleni ústně na setkání k tomu přímo určeném a následně re-edukováni třemi výzkumnými asistenty při odvozu vyplněných dotazníků z komunit. Tito asistenti byli s komunitami v kontaktu pro případné dotazy a nejasnosti, současně měli testeři-terapeuti k dispozici kontakt na autory studie, se kterými mohli jakékoli nejasnosti či potíže se sběrem konzultovat. Přesto byly v datech nalezeny nesrovnalosti, které mohly plynout např. z časové dotace, obecného shonu v komunitách, možnosti práce nad rámec studie (někteří testeři vyplnili velký počet dotazníků a data byla v mnohem lepší kvalitě v porovnání s ostatními), motivovanosti testerů či klientů.

Vzhledem k tomu, že u dvou pozorovaných mužů, kteří byli v léčbě po celou dobu testování, byla alespoň jednou diagnostikována ADHD, která byla následným přetestováním vyvrácena, není možné diagnostiku považovat za 100% relevantní. Třetí respondent, který se také zúčastnil všech testovacích vln, ani v jedné nebyl diagnostikován.

Motýlí efekt zapojení terapeutických komunit ve studii byl spatřován v individuálních reakcích terapeutů, které na straně jedné byly plné nadšení (díky časově náročnému vyplňování testových baterií terapeuti s klienty navázali intenzivnější vztah a některým se na základě účasti ve studii podařilo dříve navázat terapeutickou alianci, někteří klienti vnímali zapojení ve studii jako privilegium – byla to součást jejich motivace – byli hrdí na to, že se mohou na takovém výzkumu podílet) a na straně druhé i negativní (někteří terapeuti se

obávali poškození klientů, měli obavy z testování jejich motivace či se domnívali, že klienti budou pociťovat větší craving, než kdyby do studie nebyli zapojeni).

Naplnění cílů studie

Výzkumné cíle byly stanoveny následující:

- 1. Výzkumný cíl:** Specifikovat psychosociální a uživatelské profily klientů, kteří mají v anamnéze metamfetamin jako svou primární drogu.

Byly popsány vybrané charakteristiky uživatelů metamfetaminu a popsán psychosociální a uživatelský profil klientů dříve užívajících metamfetamin. Průměrní uživatelé dle výsledků této studie jsou ve věku 26 let, mají dokončené základní vzdělání nebo střední bez maturity. Nikdy nebyli sezdáni. Jejich zdroje obživy jsou nejčastěji z dávek v nezaměstnanosti, nebo od partnera/ky, rodiny a přátel, velká část z nich má dluhy (nejčastěji několik tisíc Kč, maximální uvedená částka byla řádově v milionech Kč). Někteří nebyli ani jednou obžalováni u soudu pro tzv. drogové trestné činy. Necelá třetina zažila alespoň jednou během života vážnou depresi, těžké stavy úzkosti, stavy, při nich těžko chápali a nesoustředili se, neschopnost se ovládat a měla myšlenky na sebevraždu.

Nejčastěji uživatelé metamfetaminu v TK jako první drogu vyzkoušeli tabák průměrně ve 13 letech. Jako druhou drogu často uvedli alkohol a polovina z nich marihuanu. Téměř polovina uživatelů uvedla metamfetamin jako třetí v životě užitou drogu, zhruba polovina z nich uvedla kokain. Téměř polovina respondentů užívala průměrně od 16 let více jak jednu návykovou látku denně. Průměrný věk prvního užití metamfetaminu (většinou to nebyla první užitá návyková látka) byl 17 let – ženy užíly pervitin poprvé průměrně o rok dříve, než muži. Celkem klienti užívali návykové látky průměrně osm let, z toho XY let injekčně. Doba užívání metamfetaminu je nesourodá velká část méně než rok a rok (n=20). Téměř 80% klientů drogu alespoň jednou v životě injikoval – průměrný věk prvního užití drogy injekčně je u žen 17 let a u mužů téměř 20 let. V posledních šesti měsících nejčastěji klienti užívali metamfetamin, tabák a marihuanu, 77 % uvedlo tři návykové látky v posledním půlroce, 27 % pak čtyři (nejčastěji se jednalo o stimulancia, halucinogeny, marihuanu a alkohol).

Výzkumná otázka č. 1: Existují nějaké další specifické kategorie (profily) v rámci podskupiny uživatelů metamfetaminu? V případě, že ano, jaké? Např. dle dalších drog v anamnéze, specifika jednotlivých skupin, atp.

Byly zjištěny rozdíly v udávaných letech užívání metamfetaminu (necelý rok a téměř 10 let), ale z dostupných dat nebylo možné zjistit, které kombinace drog uživatelé během drogové kariéry užívali (pouze posledních 6 měsíců). Specifickou kategorií tvořily ženy, které začaly užívat metamfetamin dříve, než muži.

- 2. Výzkumný cíl:** Popsat výskyt a vývoj psychopatologie (v průběhu léčby) u podskupiny uživatelů metamfetaminu s diagnostikovaným ADHD v porovnání s uživateli bez ADHD.

Výskyt psychopatologie byl zjištěn pomocí dotazníku SCL-90, ve kterém byly porovnány hranice normy a mezní hodnoty psychopatologie. Výsledky byly porovnány u mužů a žen zvlášť v porovnání s výsledky u skupiny s ADHD. Byly porovnány výsledky testů ve čtyřech testových vlnách. Vzhledem k neúplnosti dat (např. data jedné respondentky jsou dostupná pouze ze třetího a čtvrtého testového kola) nebylo možné všechny respondenty, kteří setrvali v léčbě pod dobu studie, vyhodnotit.

Výzkumná otázka č. 2. 1: Jaká je zjištěná míra psychopatologických projevů u uživatelů metamfetaminu v léčbě v TK?

Vyhodnocena psychopatologie byla u 28 žen a 80 mužů, u zbývajících 16 respondentům nebylo možné případnou psychopatologii z důvodu chybějících odpovědí zjistit. Na základě obecného ukazatele závažnosti byla identifikována vyšší míra psychopatologie u 9 žen (z toho 2 byly ženy s diagnostikovaným ADHD) a 42 mužů (z toho 5 s ADHD).

Výzkumná otázka č. 2. 2: Liší se míra zjištěné psychopatologie ve vztahu k diagnóze ADHD?

Na základě vyhodnocení obecného ukazatele závažnosti (GSI) byly zjištěny hodnoty nad mezní mírou psychopatologie na začátku studie u 2 respondentek ze 3 s diagnózou ADHD ve srovnání s téměř jednou třetinou non ADHD respondentek. V poměru tedy byla psychopatologie u respondentek s ADHD o třetinu častější. U mužů byly výsledky odlišné: zhruba u jedné třetiny ADHD respondentů byla zjištěna psychopatologie ve srovnání s téměř jednou polovinou non ADHD. Vzhledem k malým počtům výzkumného souboru a relevantnosti diagnostiky ADHD nejsou tyto výsledky zobecnitelné.

Výzkumná otázka č. 2. 3: Odlišuje se rychlost redukce psychopatologie u uživatelů s ADHD a uživatelů bez diagnózy ADHD? Jak se zobrazí v léčebném procesu?

Redukce psychopatologie byla zjištěna u 3 respondentů do třetí testovací vlny a u jedné ženy mezi třetí a čtvrtou testovací vlnou. Při nástupu do léčby se výsledky obecného ukazatele závažnosti dvou respondentů pohybovaly nad mezní hranicí psychopatologie a jednoho respondentu, jehož výsledky se pohybovaly mírně nad hranicí normy. V poslední testové vlně u všech třech klientů bylo viditelné nepatrné zvýšení hodnoty obecného ukazatele závažnosti. Dva klienti měli při posledním testování vyšší hodnoty u položek obsese-kompulze, paranoidní myšlení a psychotizismus, který byl na mezní hranici psychopatologie i u třetího respondentu. U dvou respondentů byla alespoň jednou během pobytu v TK (alespoň jednou během čtyř opakovaných testování) potvrzena diagnóza ADHD (následovala další testovací vlna, která diagnózu vyvrátila). Tito dva respondenti měli nepatrně horší výsledek obecného ukazatele závažnosti psychopatologie ve srovnání s třetím mužem, kterému nebyla ani jednou určena diagnóza ADHD v léčbě.

Tabulka 30: Porovnání redukce psychopatologie u respondentů, kteří setrvali v léčbě po celou dobu studie

Hranice psychopatologie	Norma	Dimenze	vlna I	vlna II	vlna III	vlna IV
Respondent 05/01						
0,89	0,64	GSI*	0,96	0,86	0,65	0,67
Přítomnost ADHD			Ne	Typ převážně nepozorný	Ne	Ne
Respondent 05/12						
0,89	0,64	GSI*	0,71	1,02	0,51	0,54
Přítomnost ADHD			Typ převážně hyperaktivní	Ne	Typ převážně nepozorný	Ne
Respondent 05/06						
0,89	0,64	GSI*	1	0,61	0,46	0,49
Přítomnost ADHD			Ne	Ne	Ne	Ne
Respondentka 06/14						
1,18	0,81	GSI*	-	-	0,94	0,63
Přítomnost ADHD			-	-	Ne	Ne
*GSI (General severity index) = obecný ukazatel závažnosti						

Redukci psychopatologie v rámci celého testovacího procesu nebylo možné zjistit u klientů s diagnostikovaným ADHD, protože ve čtvrté testovací vlně nebyl přítomen ani jeden.

Důvody mohou být různé: pro určení diagnózy byl použit pouze jeden diagnostický nástroj, který mohl být špatně vyhodnocen, současně data nebyla úplná – v dotaznících byl větší počet nezodpovězených otázek, než bylo předpokládáno.

3. Výzkumný cíl: Popsat vztah ADHD k průběhu a výsledku léčebného procesu v TK u podskupiny uživatelů metamfetaminu.

Určení diagnózy ADHD pouze na základě diagnostického interview DIVA 2.0 je nejednoznačné. Opakovaně se při vyhodnocování diagnózy stalo, že byla klientovi v jednom testovacím kole diagnóza potvrzena, zatímco předešlou diagnostiku další testování vyvrátilo (to se dělo v případě jednoho respondenta opakovaně. V první a druhé testovací vlně byla určena diagnóza 3 ženám. V každé testovací vlně se ale jednalo o jiné tři klientky - při prvním testování to byly klientky 01/01, 05/31 a 08/31 a v druhém testování klientky 06/20, 08/04 a 08/25). Klientky s ADHD byly v léčbě problematičtější ve smyslu adaptace na léčebný program a dodržování pravidel, oproti tomu muži s ADHD byli častěji impulzivní až agresivní. Z důvodů výše popsaných není popis vlivu diagnózy ADHD na průběh a výsledek léčebného procesu v TK relevantní.

Výzkumná otázka č. 3.1: Liší míra komplikací v léčbě u skupiny s diagnostikovaným ADHD oproti těm bez ADHD?

V některých oblastech byla nalezena přítomnost komplikací léčebného procesu. U respondentů s ADHD i bez diagnózy se nejčastěji komplikace v oblasti chování v rámci komunitního kolektivu nevyskytovaly vůbec (ADHD v $\frac{1}{3}$, non ADHD v nadpoloviční většině). V první testové vlně byla nalezena shoda v minimální až žádné přítomnosti komplikací v oblasti dodržování pravidel (ADHD i non ADHD respondenti neměli v 57 % téměř žádné problémy). Shoda byla nalezena i v druhé testové vlně ve dvou oblastech (podílení se na činnostech TK a postoje k autoritě) byla přítomnost komplikací v chování obou dvou skupin respondentů nejčastěji hodnocena kategorií „trochu“. Při hodnocení míry komplikací ani v jedné z testovacích vln nebyl ani jeden respondent s ADHD ohodnocen hodnotou 4 (komplikace se vyskytují velmi značně) oproti respondentům bez ADHD.

Nejčastěji u deseti respondentů s ADHD (z celkových 15) byly značné komplikace v oblasti postoje k autoritě – u respondentů non ADHD byla tato oblast až na druhém místě, co se četnosti týče.

Výzkumná otázka č. 3.2: Jaký má vztah diagnóza ADHD k průběhu léčby uživatelů metamfetaminu?

Tuto otázku nebylo možné relevantně vyhodnotit vzhledem k diagnostice ADHD. Diagnóza ADHD pravděpodobně může díky svým specifickým symptomům zapříčiňovat impulzivitu až agresivitu (na základě reflexí terapeutů hodnotících muže s ADHD v první testové vlně). Nicméně vliv nemá pouze přítomnost ADHD, jedná se o celou škálu faktorů ovlivňujících chování klientů.

Výzkumná otázka č. 3.3: Má diagnóza ADHD vliv na výsledek léčebného procesu uživatelů metamfetaminu v TK?

Pouze na základě výše zmíněných analýz je možné konstatovat, že v případě tří respondentek žen mohla mít diagnóza ADHD vliv na začátek léčebného procesu (adaptaci a dodržování pravidel). V případech mužů bylo možné pozorovat míru impulzivity hraničící s agresí, pouze formální přijímání autority a zneužívání pravidel spojené s tendencemi k šikaně.

Význam výsledků studie

Výsledky jsou ovlivněny neúplností výzkumného souboru a absencí porovnání určené diagnózy s ostatními diagnostickými nástroji, které v době psaní této práce nebyly vyhodnoceny. Pro další práci s těmito daty je nezbytné doplnění výzkumného souboru a chybějících (nezodpovězených) dílčích otázek jednotlivých testů – některé je možné spolu s testery-terapeuty zpětně dohledat. Současně je nutné data porovnávat – velké množství dat mohlo být zjištěno víckrát a tím zkontrolováno – otázky se v dotaznících opakují, ale v těchto datech bylo mnohem větší množství nevyplněných odpovědí, než bylo původně očekáváno. Ačkoliv byla data opakovaně kontrolována a dohledávána z jiných dotazníků, nebylo možné některá chybějící data doplnit. Dále je nutná opětovná specifikace výzkumného problému a především příprava vyhodnocení použitých nástrojů ještě před tím, než budou použity v terénu.

Substudie s sebou přinesla i některé informace, které v počátku výzkumu nebyl zájem zjišťovat – např. drop-out respondentů mezi první a druhou testovací vlnou (65%) nebyl očekáván a přivádí na svět úvahu, jak to vlastně je v České republice s drop-outem v komunitách? Na kolik tento zjištěný drop-out souhlasí s daty uváděnými ve výročních zprávách? Nebo v době výzkumu bylo zrovna špatné období?

Přístup některých terapeutů k zapojení do studie byl velice příjemným překvapením (nadšení, motivace, radost z vytváření a prohlubování terapeutické aliance s klienty, atp.), současně bylo zajímavé sledovat opatrnost terapeutů při kontaktu s respondenty (několik málo testerů-terapeutů se obávalo, že respondenty účast ve studii ohrozí, což je obava opodstatněná. Na stranu druhou by mělo spadat mezi terapeutovy dovednosti vést rozhovor s klientem ad1) takovým způsobem, aby ohrožení minimalizovat a ad2 v případě, že ohrožení respondenta/klienta nastane, terapeut by měl být schopen ohrožení zamezit, případně jej minimalizovat, nebo obrátit v respondentův prospěch).

Komplikace léčby byly zjištěny jak u klientů s diagnostikovaným ADHD tak bez diagnózy. Z této perspektivy výsledky naznačují, že je důležitý především individuální přístup ke klientům v adiktologických službách a ne přítomnost diagnózy.

Pro relevantnější informace o takto specifické skupině (uživatelé metamfetaminu s relevantně diagnostikovaným ADHD) je nutný mnohem rozsáhlejší a longitudinální sběr dat (ne jeden rok, ale např. roky čtyři. Autorce by v dalším výzkumu vyhovovalo větší zapojení kvalitativních výzkumných metod, především rozhovorů a kontakt s respondenty face-to-face.

5. Literatura

- Adameček, D., Libra, J., & Šedivá, D. (2015). STANDARDY ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby: Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče. Vláda České Republiky [online]. Retrieved from: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy-odborne-zpusobilosti_brezen-2015x_1.pdf
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social science and Medicine*, 36, 725-733.
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. 368 s. ISBN 80-7169-031-7
- Barbor, T.F., Higgins-Biddle, J.C.: 2003. Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití. Postupy při použití v primární péči. České vydání připravili Sovinová, H. a Csémy, L. První vydání. Praha: Státní zdravotní ústav. [online]. Retrieved March 15, 2015. From: http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/dotaznik_audit.pdf.
- Broekaert, E., Vandevelde S., Soye V., Yates R. & Slater A. The Third Generation of Therapeutic Communities: The Early Development of the TC for Addictions in Europe. *European Addiction Research*. 2006, vol. 12, n. 1, p. 1-2. ISSN 1421-9891. DOI: 10.1159/000088577. Retrieved April 4, 2014. From: <http://www.karger.com/doi/10.1159/000088577>
- Butchter, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Graham, J. R., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2001). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory.2 (MMPI-2)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Ciketic, S., Hayatbakhsh, M., Doran, C., Najman, J., & McKetin, R. (2012). A review of psychological and pharmacological treatment options for methamphetamine dependence. *Journal of Substance Use*, vol. 17(issue 4), s. 363-383. DOI: 10.3109/14659891.2011.592900.
- Čamlíková, H.. (2011). Občanské sdružení Krok. Asociace nestátních neziskových organizací Jihomoravského kraje: Společně dáváme smysl [online]. Retrieved March 15, 2015. From: http://www.annojmk.cz/sites/all/files/projekty/preshranicni-spoluprace/dejme-to-dohromady/seminare-2011/holabrunn-22-11-2011/prezentace_obansk_sdruen_Krok.pdf
- De Leon, G. *The therapeutic community: theory, model, and method*. New York: Springer Pub., c2000, xviii, 450 s. ISBN 08-261-1349-4.

- De Leon, G., & Wexler, H. (2009). The Therapeutic Community for Addictions: An Evolving Knowledge Base. *Journal of Drug Issues*, 39(1), 167-177.42. ISBN 978-80-86429-79-3.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, I.: SCL-90: Self-Report Symptom Inventory. In: Guy, W.: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rev.Ed. Rockville, DHEW 1976, s. 313-331.
- Drtlíková, I., ŠERÝ, O. *Hyperkinetická porucha / ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 268 s. ISBN 978-807-2624-195.
- Dunne, E., Hearn, L., Rose, J., & Latimer, W. (2014). ADHD as a risk factor for early onset and heightened adult problem severity of illicit substance use: An accelerated gateway model. *Addictive Behaviors: readings on etiology, prevention, and treatment*, vol. 39(issue 12), s. 1755-1758. DOI: 10.1016/j.addbeh.2014.07.009.
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA). Kapitola 2: Užívání drog a problémy spojené s užíváním drog. (2013). In *Evropská zpráva o drogách 2013: trendy a vývoj*. (s. 29-46). Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. (2. Vyd.). Praha, Portál. ISBN: 978-80-7367-485-4, 408 s.
- Charach, A., Yeung, E., Climans, T., & Lillie, E. (2011). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: Comparative meta analyses. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(1), 9-21. doi:10.1016/j.jaac.2010.09.019
- I.B.M. Corporation (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Armonk, NY:IBM Corp.
- Kábrt, J., & Valach, V. (1979). *Stručný lékařský slovník*. (5., s. 193). Praha: Avicenum.
- Kalina K.: Léčba drogových závislostí. In: Nováková D. a kol.: *Drogy ze všech stran II*. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha, 2000. Retrieved March 1, 2015. From: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/farmakologie/journal/galerie-download/Kalina.doc>
- Kalina, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* (1. vyd., s. 211). Praha: Filia nova - Úřad Vlády ČR.
- Kalina, K. (2003). Terapeutická komunita jako metoda a systém. Kalina K., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (1. vyd., Sv. II, s. 53-62, 201.). Praha: Úřad vlády České Republiky.

- Kalina, K. (2008a). *Terapeutická komunita Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí* (1. vyd., pp. 183-190, 211-218, 305-312). Praha: Grada. ISBN 978-802-4724-492.
- Kalina, K. (2008b). *Základy klinické adiktologie* (1. vyd.). Praha: Grada Publishing a.s.
- Kaye, S., Darke, S., & Torok, M. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among illicit psychostimulant users: a hidden disorder?. *Addiction*, vol. 108(issue 5), s. 923-931. DOI: 10.1111/add.12086.
- King, V. L., Brooner, R. K., Kidorf, M. S., Stoller, K. B., & Mirsky, A. F. (1999). Attention deficit hyperactivity disorder and treatment outcome in opioid abusers entering treatment. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 187(8), 487-495. doi:10.1097/00005053-199908000-00005
- Kobasa, S. C. (1985). *Personal Views Survey*. Chicago, IL: Hardiness Institute.
- Kooij, J. J., & Francken, M. H. (2010). Diagnostic Interview for ADHD in Adults Version 2.0 (DIVA 2.0) [Dutch: Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen]. DIVA Foundation, The Hague, the Netherlands.
- Králíková, E. (2013). *Závislosti na tabáku - epidemiologie, prevence a léčba* (1. vyd.). s. 17-18. Praha: ADAMIRA s.r.o.
- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- Kuda, A. (2003). Relaps a prevence relapsu. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 7/5. Praha: NMS – Úřad vlády ČR
- Loučková, I. (2010) *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. (Vyd. 1.). Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 311 s.
- Malá, E. (2005). Hyperkinetické poruchy. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*, 2005 (1). Retrieved from: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/hyperkineticke-poruchy-165298>
- Matsumoto, T., Kamijo, A., Yamaguchi, A., Iseki, E., & Hirayasu, Y. (2005). Childhood histories of attention-deficit hyperactivity disorders in Japanese methamphetamine and inhalant abusers: Preliminary report. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 59(issue 1), s. 102-105. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2005.01340.x
- McLellan, A. T., Luborski, L., Cacciola, J., Griffith, J., McGrahan, P. & O'Brien, C. P. (1980). *EuropASI*. Philadelphia: The University of Pennsylvania/VA Administration/Centre for Studies of Addiction.
- Meier, P., & Barrowclough, C. (2009). Mental health problems: Are they or are they not a risk factor for dropout from drug treatment? A systematic review of the evidence. *Drugs:*

Education, Prevention, and Policy, vol. 16 (issue 1), s. 7-38. DOI: 10.1080/09687630701741030.

Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, Kalina, K. a kol., (C) Úřad vlády České republiky. Publikaci vydalo o.s. Filia Nova pro Radu vlády ČR - Meziresortní protidrogovou komisi, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

Miller, W. R. & Johnson, W. R. (2008). A natural language screening measure for motivation to change. *Addictive Behaviors*, 33, 1177-1182.

Miovská, L., Miovský, M. & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 5 (s. 75-88). Praha: Grada Publishing.

Mioviský, M. (2010). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Mioviský, M. et al.: Vliv ADHD na vybrané psychické funkce (kognitivní a exekutivní funkce a emoční labilitu) a na životní dovednosti (dovednosti sebeovlivnění a sociální dovednosti) u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách. Návrh projektu GAČR. Pracovní verze dokumentu (Praha, 2013).

Mioviský, M., Čablová, L. & Kalina, K. (2013). The Effects of ADHD on Particular Psychological Function and Life Skills among Clients Undergoing Addiction Treatment in Therapeutic Communities. [Vliv ADHD na vybrané psychické funkce a na životní dovednosti u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách]. *Adiktologie*, 13(2), 130-143.

Mioviský, M., Čablová, L., Kalina, k., Šťastná, L. (2014). The Effects of ADHD on the Course and Outcome of Addiction Treatment in Clients of Therapeutic Communities: research design. *Adiktologie*, 14(4), 392-400.

MKN – 10 (2008). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

MRAVČÍK, V. Methamphetamine users (in contact/ treatment) in the Czech Republic. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti [online]. 2010 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z:

http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Files/Sbg_May10/Presentations/Viktor_Mravcik.pdf

Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostecká, L., Jurystová, L. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011 [Annual Report on Drug Situation 2011 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012.

- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. 2014. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 [Annual Report on Drug Situation 2013 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmanová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. 2013. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 [Annual Report on Drug Situation 2012 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed., s. 76). Praha: Úřad vlády České republiky.
- O nás - mapa terapeutických komunit sekce TK A.N.O. (2015). Retrieved March 2, 2015. From: <http://www.terapeutickakomunita.cz/o-nas/>
- Nešpor, k. (2003) Psychologická komorbidita a kompliance, „duální diagnózy“. In: Kalina K. a kol. Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 4/5. Praha. NMS – Úřad vlády ČR.
- Paclt, I. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 234 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-264.
- Popov, P. (2001) Návykové poruchy. In: Raboch, J., Zvloský, P. et al. Psychiatrie: Praha: Galén.
- Popov, P. (2003). Závislost na alkoholu. Psychiatria pre prax, 2003, č. 1, 31-35.
- PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, Eliška; MAREŠ, Jiří. Pedagogický slovník. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
- Raven, J., Raven, J. C. & Court, J. H. (1998). *Manual for Raven's progressive matrices and vocabulary scales*. Oxford: Oxford Psychologists Press.
- Registr poskytovatelů sociálních služeb. (2015). Retrieved April 1 2015. From: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vysledky_hledani_sluzby_pro_tisk.do?pg=3&zaok=&sd=terapeutické+komunity&zak=&SUBSESSION_ID=1427190805914_1
- Rowan-Szal, G., Joe, G., Simpson, D., Greener, J., & Vance, J. (2009). During-Treatment Outcomes Among Female Methamphetamine-Using Offenders in Prison-Based Treatments. *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 48(issue 5), s. 388-401. DOI: 10.1080/10509670902979496.
- Rubášová, E. ADHD u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé – prevalence, vliv na osobnost a na průběh a výsledek léčby. [ADHD in the clientele of therapeutic communities for drug addicts – prevalence, impact on personality and on the course of and results of treatment]. Praha. 2014. 152 s., 5 příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v

Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie/ Ústav 1. LF UK 2014. Vedoucí závěrečné práce, Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Sacks, S., McKendrick, K., Vazan, P., Sacks, J., & Cleland, C. (2011). Modified therapeutic community aftercare for clients triply diagnosed with HIV/AIDS and co-occurring mental and substance use disorders. *AIDS Care*, vol. 23(issue 12), s. 1676-1686. DOI: 10.1080/09540121.2011.582075.

Seznam držitelů certifikátů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. (2015). Vláda ČR [online]. Retrieved April 1, 2015. From: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Seznam-drzitelu-certifikatu-odborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-uzivatele-drog-_3_2015_.pdf

Šefránek, M., & Grolmusová, L. (2014). *Evaluaace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti: Změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby*. (1.) Praha: Úřad vlády České republiky.

Theiner, P. (2012). ADHD v dětství a dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 13(4), s. 148-151. Retrieved on April 8, 2015. From: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/02.pdf>

Vanderplasschen, w., Vandavelde, S., Broekaert, E. Therapeutic communities for treating addictions in Europe (2014). Luxembourg: Publications Office of the European Union, ISBN: 978-92-9168-683-4. doi:10.2810/25291

The WHOQOL Group. (1995). WHOQOL-100. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.

World Health Organization. (1994). Dual diagnosis. *Lexicon of alcohol and drug terms*. (s. 36). Geneva: World Health Organization. ISBN: 9241544686. Retrieved April 2, 2015. From: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf?ua=1>.

Zábranský, T. (2007). METHAMPHETAMINE IN THE CZECH REPUBLIC. *Journal of Drug Issues*, 37(1), s. 155. Retrieved March 20, 2015. From: <http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/docview/208841118?accountid=15618>

6. Přílohy

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Příloha č. 2 Informace pro účastníky projektu

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

*Klinika adiktologie 1.lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2. Tel/fax: 224 96 5035.
E-mail: info@adiktologie.cz. Websites: www.adiktologie.cz*

Informovaný souhlas účastníků výzkumného projektu

Název projektu: Vliv ADHD na vybrané psychické funkce, životní dovednosti a kvalitu života u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách

1) Souhlasím s účastí ve výzkumném projektu: „Vliv ADHD na vybrané psychické funkce, životní dovednosti a kvalitu života u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách“.

2) Potvrzuji tímto, že mi člen řešitelského týmu studie _____
podrobně a k mé spokojenosti vysvětlil/a povahu, cíle a důsledky výzkumného projektu,
především jaký vliv na mě mohou mít, a že svůj souhlas dávám dobrovolně.

3) Obdržel/a jsem písemné Informace pro účastníky.

4) Uvědomuji si, že účast v tomto výzkumném projektu mi nemusí přinést žádné přímé
výhody a že mohu svůj souhlas stáhnout kdykoli, aniž by to mělo jakýkoli vliv na má práva
nebo na povinnosti výzkumníků.

5) Souhlasím s tím, že data získaná z výsledků studie mohou být publikována, za podmínky,
že nebudu moci být identifikován/a.

Souhlas účastníka dle tohoto formuláře je součástí dokumentace grantového projektu GAČR
č. 14-07822S.

Podpis: _____ Datum: _____

Prohlášení člena řešitelského týmu: Já, _____, jsem popsal/a
výzkumný projekt a povahu a důsledky postupů, které studie zahrnuje. Podle mého názoru
klient/ka tomuto vysvětlení porozuměl/a a dává svůj souhlas dobrovolně.

Datum: _____ Podpis člena/ky týmu: _____ Funkce v projektu: _____

*Kontaktní osoba: PhDr. Lenka Čablová, zástupce vedoucího projektu
Klinika adiktologie 1. lékařská fakulta a VFN, Univerzita Karlova v Praze
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2.
E-mail office: cablova@adiktologie.cz. Tel.: +420 224 964 390*

Příloha č. 2 Informace pro účastníky projektu

*Klinika adiktologie 1.lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2. Tel/fax: 224 96 5035.
E-mail: info@adiktologie.cz. Websites: www.adiktologie.cz*

Informace pro účastníky projektu

Název projektu: Vliv ADHD na vybrané psychické funkce, životní dovednosti a kvalitu života u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách

Úvod: Byl/a jste požádán/a, abyste se zúčastnil/a výzkumné studie, jejímž cílem je zkoumat průběh léčby v terapeutické komunitě a specificky se zaměřit na výskyt projevů ADHD, tedy tzv. hyperkinetického syndromu, který se často již v dětství projevuje různými problémy jako jsou poruchy soustředění, pozornosti, nálady atd.

Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná a můžete se kdykoli rozhodnout z ní vystoupit. Než dáte svůj souhlas s účastí ve studii, přečtěte si, prosím, pečlivě následující informace, a chcete-li se na něco zeptat, obraťte se na tazatele.

B. Stručný obsah výzkumu:

Jste jedním ze zapojených klientů splňujících kritéria pro zahrnutí do výzkumné studie. V rámci studie spolupracujeme s dobrovolníky, procházejícími fázemi rezidenční léčby v terapeutických komunitách, kteří se zde léčí ze závislosti. Cílem naší spolupráce s Vámi je v českém prostředí ověřit soubor testů - diagnostických nástrojů pro ADHD a zjistit, jak moc může výskyt ADHD negativně ovlivnit průběh léčby v terapeutické komunitě. Vybrané klienty budeme sledovat po celou dobu léčby v TK. Měření bude probíhat na začátku léčby v 1. měsíci a dále ve 3., 6. a 9. měsíci Vašeho pobytu v terapeutické komunitě v předem stanovený den. Postupně budete vyplňovat jednotlivé testy a dotazníky, přičemž v závěru dostanete také jejich vyhodnocení. Pracovníci TK budou vyplňovat podobný formulář s otázkami, kde budou hodnotit Váš postup v léčbě z jejich pohledu. Paralelně s tím budou všichni klienti testováni sadou diagnostických nástrojů celkem 4krát po dobu léčby.

C. Zachování anonymity: Po vyplnění dotazníků budou tyto opatřeny kódem, který neumožní Vaši zpětnou identifikaci. Vaše jméno tak nebude zaznamenáno nikde na formulářích s výjimkou Informovaného souhlasu. Studie je tedy pro Vás z hlediska identifikace plně bezpečná a Vaše jméno se neobjeví na žádném z výsledků studie.

D. Dobrovolnost: Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná a můžete při rozhovoru odmítnout odpovědět na kteroukoli otázku. Můžete také kdykoli ze studie vystoupit.

Vaše otázky týkající se tohoto projektu zodpovíme kdykoli. Pokud chcete získat další informace o studii, kontaktujte prosím zástupce vedoucího projektu: PhDr. Lenku Čablovou, telefon 732 653 696; adresa Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2.

Přejete-li si prodiskutovat projekt s někým, kdo se jej přímo neúčastní, konkrétně co se týče metod, Vašich práv jako účastníka, nebo pokud chcete podat anonymní stížnost, obraťte se prosím přímo na vedoucího projektu Prof. PhDr. Michala Miovského, Ph.D. (poštovní adresa viz výše).

DĚKUJEME. Za realizační tým prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., vedoucí studie
PhDr. Lenka Čablová, zástupce vedoucího studie

*Kontaktní osoba: PhDr. Lenka Čablová, zástupce vedoucího projektu
Klinika adiktologie 1. lékařská fakulta a VFN, Univerzita Karlova v Praze
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2.
E-mail office: cablova@adiktologie.cz. Tel.: +420 224 964 390*